Rok XL. Kraków, 26 Stycznia 1901. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

† Dr. WŁADYSŁAW TYRCHOWSKI

rzeczywisty Radca stanu,
b. profesor i dziekan b. Szkoły głównej warszawskiej, a następnie Uniw. warszawskiego,

zmarł w Warszawie 15-go b. m., w 81 roku swego życia, — a było to życie bardzo pracowite, wielce znane i zasług rzetelnych.

Urodzony w roku 1820 w Krakowie, tu uczęszczał ś. p. profesor do gimnazyum św. Anny i tu w r. 1844 ukończył studya lekarskie ze stopniem doktora medycyny i chirurgii, oraz magistra położnictwa. Zdolny i pilny, znalazł zaraz umieszczenie w Uniwersytecie Jagiellońskim, początkowo jako adjunkt t. j. asystent kliniki lekarskiej, a następnie od r. 1845, jako adjunkt kliniki położniczej. Gdy jednak skromny materyał naukowy i niedostateczne urządzenia kliniczne nie dostarczały naówczas w Krakowie sposobności do wykształcenia dokładnego, wyjechał w r. 1848 do klinik zagranicznych. Od r. 1850 pracował w Płocku jako lekarz szpitala św. Trójcy i szpitala więziennego, uzyskał przytem w krótkim czasie przez swe gruntowne wykształcenie lekarskie i szczere oddanie się pracy zawodowej, a niemniej przez swe taktowne postępowanie, rozległą praktykę, oraz powszechne uznanie, czego dowodem, że w dwa lata po przybyciu do Płocka powołany został na członka honorowego urzędu lekarskiego w tem mieście.

Po zdobyciu konkursu objął w r. 1861 w Warszawie katedrę położnictwa jako profesor zwyczajny: na tem stanowisku pozostawał przez 23 lat, najpierw w cesarsko-królewskiej Akademii medyczno-chirurgicznej, potem w Szkole głównej, gdzie dwukrotnie wybierany był na dziekana, a nareszcie w Uniwersytecie warszawskim, w którym aż do r. 1884 naukę położnictwa w języku polskim wykładał.

Jak ś. p. prof. Tyrchowski obowiązki swoje nauczycielskie sumiennie pojmował i spełniał, świadczy najlepiej ta okoliczność, że pomimo nawału pracy tak w klinice, jako też w rozległej praktyce prywatnej, znalazł przecież dosyć czasu i sił do napisania podręcznika, który wydał w r. 1864 p. t. „Rys położnictwa praktycznego“ — a pamiętać należy, że nie było w owym czasie żadnego podręcznika, z któregoby w Warszawie uczniowie lub uczennice szkoły położnych w języku swoim uczyć się mogli. Ściśle i sumienne spełnianie swych obowiązków nauczycielskich uważał zawsze za swe najpierwsze zadanie i nie umiał ich poświęcać dla zyskownej praktyki, a ponieważ nadto posiadał w niezwykłym stopniu dar nauczania i wykładu, powszechny odezwał się żal, gdy w r. 1884 z chlubnie i użytecznie zajmowanej przez siebie katedry profesorskiej ustąpił. Liczne grono lekarzy, byłych uczniów, uczciło naówczas zasługi jego profesorskie, wręczając wspaniałe album pamiątkowe.

Zamiłowany w uprawianej przez się gałęzi medycyny dzielił się chętnie z światem lekarskim swojemi praktycznemi i naukowemi spostrzeżeniami. Pamiętniki Towarz. lekar. warsz. począwszy od r. 1860 zawierają kilkadziesiąt jego odczytów i rozpraw naukowych, które kolegom na posiedzeniach tego Towarzystwa przedstawił. Widać w nich doskonały dar spostrzegawczy, loiczność wnioskowania i gorącą chęć posuwania nauki naprzód, o ile mu zezwalały na to skromne warunki kliniki, w których pracował. W uznaniu zasług zdobytych w tym kierunku, oraz zasług położonych dla rozwoju Towarzystwa lekar. warszaw. zamianowało go to Towarzystwo w r. 1880 swym prezesem, a w r. 1884 swym członkiem honorowym.

Dla ubogich prawdziwym był opiekunem: jak długo mu zdrowie dopisywało, nie odmawiał im nigdy swojej rady, spieszył też do nich chętnie na każde zawołanie z pomocą lekarską, najczęściej bezpłatną, a nie rzadko dzielił się z nimi swem mieniem. Wszelkie instytucye dobroczynne warszawskie miały w nim gorliwego orędownika.

Z powodu podeszłego wieku cofnął się ś. p. prof. Tyrchowski w latach ostatnich w zacisze domowe; młodsza przeto generacya lekarzy mało miała już sposobności poznania go i ocenienia, jak na to zasłużył; starsi natomiast, a zwłaszcza uczniowie jego, czują dobrze, że w nim straciło społeczeństwo nasze nie tylko nestora położników polskich, ale także człowieka zacnego, który swój zawód, naukę lekarską i swoje społeczeństwo szczerze miłował i na wdzięczne wspomnienie rzetelnie zasłużył. *Dr. H. Jordan.*

II Z warszawskiego zakładu dla zboczeń mowy, oraz cierpień jamy nosowo-gardzielowej.

O zboczeniach mowy przy niedorozwoju psychicznym.

Przez
Dra Wł. Ołtuszewskiego.

Zboczenia mowy należą do najważniejszych, a zarazem najmniej opracowanych objawów niedorozwoju psychicznego. Ponieważ pozostają one w ścisłym związku z upośledzeniem sfery umysłowej, dokładne przeto zrozumienie ich patogenezy wymaga uprzedniej choćby pobieżnej wzmianki, co należy rozumieć przez nazwę niedorozwój psychiczny, jakie mu towarzyszą zmiany anatomiczno-patologiczne, jakie są jego przyczyny i objawy, jak stan ten umysłu rozpoznać, jakie daje rokowanie, or z jakie są podstawy jego leczenia. Ramy niniejszego artykułu nie pozwalają mi zająć się szczegółowem wyjaśnieniem wymienionych pytań; odsyłając przeto czytelnika do pracy mojej, poświęconej temu przedmiotowi [1]), ograniczam się jedynie do zaznaczenia najważniejszych pod tym względem danych, bezpośrednio wiążących się z zajmującą nas obecnie sprawą.

Niedorozwój psychiczny, albo upośledzenie umysłowe stanowi najogólniejszy termin dla stanów umysłu noszących nazwę: idyoty, głuptaka. oraz zacofanego Podział ten oparty na zasadzie psychologicznej i symptomatycznej jest dotychczas najdogodniejszy, gdyż, odpowiednio do stopnia instynktów, uczuć, oraz inteligencyi, pozwala nam uszeregować dzieci z niedorozwojem psychicznym w pewne gromady, niezależnie od tego, czy przyjmujemy tylko idyotyzm różnego stopnia. czy też idyotę oddzielimy od głuptaka i zacofanego. Podział Bournevillea, oparty na danych anatomicznych, niewątpliwie byłby racyonalniejszy, o ile jednak osobiście mogłem się przekonać w zakładzie, prowadzonym przez niego w Bicêtre, bardzo niewielu tylko kategoryom zmian w mózgu odpowiadają w rzeczywistości pewne postacie kliniczne niedorozwoju, a z tego względu, zgodnie z większością autorów, oraz na zasadzie własnego doświadczenia, przyjmuję wyżej pomienioną klasyfikacyę psychologiczną i symptomatyczną. Przy rozpatrywaniu zmian anatomiczno-patologicznych, towarzyszących niedorozwojowi, uderza nas to, że w jednych przypadkach nie można wykryć żadnych dostępnych dla badania śladów przebytego procesu patologicznego, a z tego względu przypisujemy go uwstecznieniu (pierwotne zatrzymanie w rozwoju mózgu, lub zboczenia od typu prawidłowego), w innych przeciwnie owe ślady spraw zapalnych możemy odnaleźć (wtórny niedorozwój, uwarunkowany właściwemi zmianami anatomiczno-patologicznemi, jak zapalenie opon i mózgu, zanik i przerost mózgu. twardziel wysepkowata i t. d.) Oprócz zmian dostępnych dla oka należy również pamiętać, że istnieje wiele przypadków idyotyzmu, w których przy prawidłowym kształcie i wielkości mózgu znajdujemy tylko drobnowidowe zmiany jego substancyi (budowa zarodkowa). W rzędzie przyczyn niedorozwoju rozróżniamy zwyrodnienie dziedziczne od przyczyn przypadkowych, a ztąd dzi poał idyotyzmu na wrodzony i nabyty. Lubo oba łączy czynnik dziedziczny, w pierwszym jednak razie dziedziczność odgrywa rolę zasadniczą, w drugim zaś, obok pewnego usposobienia dziedzicznego, najczęściej przyczyna przypadkowa powoduje uwstecznienie osobnicze. Owa przyczyna przypadkowa może działać na płód bezpośrednio lub pośrednio przez matkę w czasie ciąży, porodu, lub też po porodzie. Do objawów niedorozwoju psychicznego należą przedewszystkiem tak zwane piętna zwyrodnienia. Z trojakiego rodzaju znamion charakterystycznych dla całej klasy zwyrodniałych anatomicznych, fizyologicznych i społecznych, osobniki z niedorozwojem podlegają przedewszystkiem znamionom anatomicznym i fizyologicznym, względnie psychicznym. Znamiona anatomiczne odnoszą się głównie do zboczeń w układzie mózgowo-rdzeniowym (odnośne zmiany anatomiczne w mózgu) i szkielecie (kości czaszki, twarzy, kręgosłupa i kończyn). Do zmian anatomicznych. po części fizyologicznych, zaliczamy zbyt duży język, zgrubiałe wargi, ślinienie się, zmiany oka, zniekształtnienie uszu, zmiany na skórze, przepukliny, żarłoczność. zboczenia w narządzie płciowym i t. d. Ze znamion psychicznych należy wspomnieć o dziedziczności, wspólnej wszystkim zwyrodniałym, oraz o pobudliwości. Społeczne znamiona są skierowane do dwu zasadniczych czynników porządku społecznego: poszanowania jednostki i własności. Do objawów fizyologicznych ze strony układu nerwowego należą wszelkiego rodzaju porażenia, pląsowica, atetoza, oraz padaczka. Daleko ważniejsze objawy psychiczne zmieniają się odpowiednio do tego, czy mamy do czynienia z idyotą zupełnym, niezupełnym, głuptakiem, lub zacofanym. U idyoty zupełnego, z powodu braku percepcyi, pomimo prawidłowych zmysłów, nie ma wrażeń zmysłowych, pamięci i uwagi, a z tego względu dzieci tego rodzaju nie rozpoznają, nie wyróżniają i nie mają żadnych wyobrażeń. Brak im również czuć zmysłowych, oraz najprostszych instynktów. Idyoci niezupełni przedstawiają różne kategorye. poczynając od dzieci z zachowanemi tylko instynktami, a kończąc na wyraźnych śladach zdolności umysłowych, czuciowych i ruchowych (woli). Inteligencya głuptaka dochodzi do wyższego stopnia, aniżeli idyoty; z powodu jednak słabej pamięci, w szczególności zaś nietrwałej uwagi, utrzymywanie wyobrażeń jest utrudnione, a z tego względu kojarzenia, sądy i wnioski odbywają się w sposób powierzchowny lub fałszywy. Niektóre z uczuć egoistycznych są u głuptaków bardzo silnie wyrażone, a uczucia sympatyczne i etyczne najczęściej bywają spaczone. W dziedzinie woli należy zauważyć przewrotne instynkty oraz popędy patologiczne. Czyny dowolne występują u głuptaków daleko wybitniej, aniżeli u idyotów. Co się tyczy dzieci zacofanych, to są one dobrze obdarzonymi głuptakami, posiadają więc prawie zawsze pewne ukryte ich cechy. Rozpoznawanie niedorozwoju opiera się na zebranych wywiadach, wejrzeniu zewnętrznem, oraz dokładnem zbadaniu sfery umysłowej. Największe trudności przy rozpoznawaniu przedstawiają porażenia mózgowe wieku dziecięcego, łączące się zazwyczaj z większem lub mniejszem upośledzeniem sfery umysłowej. Jak się to starałem wykazać w pracy. „O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryi zboczeń mowy“. *(Gaz. Lek.*, 1898), między niedorozwojem a porażeniami upatruję ścisły związek i z wyjątkiem niektórych przypadków idyotyzmu oba zboczenia odnoszę do jednego działu. Na rokowanie największy wpływ ma stan sfery umy-

[1]) Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategoryi zboczeń mowy *Gazeta Lek.*, 1899.

słowej. Idyota niezupełny, a tembardziej głuptak i zacofany, przedstawiają dużą szansę podniesienia sfery psychicznej i uczynienia z nich mniej lub więcej pożytecznych członków społeczeństwa. Przy leczeniu oprócz wyrabiania zręczności do ruchów i zwykłych zajęć, usiłowania nasze kierujemy głównie ku kształceniu zmysłów, wyrabianiu uwagi, kojarzeń, uogólnień, porównań, a prócz tego zwolna staramy się przygotować dzieci do życia społecznego.

Przechodzę obecnie do wyjaśnienia patogenezy zboczeń mowy przy niedorozwoju psychicznym, które zaliczam do ważnych znamion zwyrodnienia. Dla należytego zdania sobie sprawy z nieprawidłowego rozwoju mowy u dzieci, dotkniętych niedorozwojem i właściwych jej zboczeń, należy uwzględnić choćby w ogólnym zarysie psychologię mowy, jej rozwój, podstawę psycho-fizyologiczną tego rozwoju i stosunek umysłu do mowy u dziecka prawidłowego. Ważnym tym działom logologii poświęciłem oddzielne prace [1]), na tem więc miejscu pozwolę sobie jedynie przytoczyć najogólniejsze wnioski, do których w tym przedmiocie doszedłem.

Funkcya fizyologiczna mózgu przy mowie polega na tem, aby rozumieć mowę ustną lub pisaną, oraz gotowe w naszym umyśle idee i pojęcia przyoblekać w szatę słowa ustnego lub pisanego. Do tego celu służą nam przedewszystkiem pewne ośrodki w korze mózgu, stanowiące zakończenia korowe narządów zmysłowych ucha i oka, oraz nerwów ruchowych, rządzących ruchami narządów artykulacyi lub gromadami mięśni czynnych przy pisaniu. Stanowią one tak zwane pamięci słowne zmysłowe: słuchową (ośrodek Wernickego w pierwszym zwoju skroniowym) i wzrokową (ośrodek zmysłowy wzrokowy, stanowiący zakończenie rozgałęzień nerwu wzrokowego w okolicy *fissura calcarina*, po części w *cuneus*, *lobulus lingualis* i tylnym biegunie zrazu potylicznego) oraz pamięć ruchów, potrzebnych do artykulacyi, lub pisma (ośrodek Broca w pierwszym zawoju czołowym). Pamięci słowne zmysłowe potrzebne są tylko do uskutecznia nia różnych ruchów przy artykulacyi i piśmie, oraz do słyszenia wyrazów, jako kombinacyi tonów i szmerów lub postrzegania znaków pisma, jako prostych zjawisk wzrokowych. Nabywanie mowy ustnej rozpoczyna się od powtarzania wyrazów, które polega na licznych kojarzeniach wyrobionej już pamięci zmysłowej, słuchowej i ruchowej. Powtarzanie to pozostawia, zdaniem mojem, ślady wyrazów w ośrodku średnim (wyspa Reila), wytwarzając pamięć zmysłową skojarzeniową. Owe nagromadzone ślady, wyłaniając się w następstwie automatycznie jako wspomnienia wyrazowe, nieodzowne są do mowy samodzielnej. Należy jednak zaraz nadmienić, że początkowo świadomie wyrabiany mechanizm wyłaniania wyrazów przechodzi w automatyzm dopiero przez bardzo długą wprawę, analogicznie jak każdy człowiek uczy się początkowo świadomie chodzić, pomimo to, że w następstwie chodzimy automatycznie. Jest to pierwszy akt mowy organiczny, automatyczny. Rozumienie mowy, oraz mowa samodzielna ze zrozumieniem, wymagają już ośrodków wyższych, psychicznych. Przy rozumieniu mowy kojarzymy pamięć słuchową zmysłową z wyobrażeniami i nabywamy w ten sposób pojęć słownych; przy mowie zaś samodzielnej ze zrozumieniem łączymy gotowe nasze pojęcia słowne z automatycznemi wspomnieniami wyrazów, mającemi, jak powiedziałem, swe siedlisko w ośrodku automatycznym średnim. Jest to drugi akt mowy — psychiczny. Owa psychiczna strona mowy wyraża się przedewszystkiem w tak zwanej mowie wewnętrznej, polegającej na zdolności łączenia pojęć słownych z automatycznemi wspomnieniami wyrazów. Pomijam w podobny sposób powstający automatyzm pisma, oraz psychiczny mechanizm rozumienia pisma i pisma samodzielnego ze zrozumieniem, ponieważ obecnie zajmuje nas tylko psychologia mowy ustnej.

Rozwój mowy u dziecka prawidłowego odbywa się zazwyczaj w ten sposób, że naprzód ma miejsce rozumienie mowy, następnie powtarzanie, a dopiero w końcu mowa samodzielna. Podstawę psychiczną tego rozwoju objaśniam sobie w następujący sposób: pierwotny język dziecka przeważnie samogłoski, pochodzenia odruchowego, oraz giesty, nie ma nic wspólnego z daleko później powstającemi pamięciami słownemi. W miarę gromadzenia się pamięci słuchowej zmysłowej, pozwalającej rozróżniać głosy i szmery, występuje około ósmego miesiąca możność kojarzenia wyrazów z wyobrażeniami (pojęcia słowne), a więc zdolność rozumienia mowy. Rozumienie z tego względu wyprzedza powtarzanie i mowę samodzielną, że do tego potrzeba tylko pewnego stopnia rozwoju sfery poznania (zapasu wyobrażeń oraz zdolności kojarzenia ich z wyrazami), co rozwija się daleko wcześniej, aniżeli wola, nieodzowna tak do powtarzania, jako też i mowy samodzielnej. Z rozwojem woli, a przedewszystkiem naśladownictwa, zaczyna się wytwarzać pamięć zmysłowa ruchowa (artykulacyjna), to jest zdolność kojarzenia słyszanych głosek z odpowiedniemi czuciami, zależnemi od ruchów w narządach artykulacyjnych, jakie mają miejsce przy wygłaszaniu rozmaitych dźwięków. W miarę coraz większego wyrabiania się pamięci ruchowej oraz wzrostu pamięci słuchowej, dziecko mniej więcej w końcu pierwszego roku zaczyna powtarzać wyrazy, a powtarzanie to, oparte na licznych kojarzeniach pamięci słuchowej i ruchowej, pozostawia ślady w ośrodku średnim (automatycznym) przygotowując najpóźniej się rozwijający, gdyż dopiero w końcu 2-go roku, okres mowy samodzielnej. Powtarzanie wzrasta z każdym miesiącem i rozwija się równolegle do rozwoju śladów pamięciowych w ośrodku automatycznym. Najpóźniej, bo dopiero w końcu 3 roku, powstaje mowa samodzielna, gdyż do tego musi dziecko już posiadać wyrobiony automatyzm mowy, oraz zdolność łączenia automatycznych wspomnień wyrazowych z pojęciami słownemi (mowa wewnętrzna). Podczas formowania się automatyzmu mowy, ma ono do przezwyciężenia bardzo dużo przeszkód, zarówno ze strony wytwarzania się przeróżnych dźwięków, utrzymywania w pamięci słuchowej w należytym porządku następowania po sobie sylab wyrazów, jako też zdobywania mechanizmu artykulacyjnej ekspiracyi [1]), należącego do kategoryi pamięci ruchowej. Oto dla czego powstanie omawianego automatyzmu łączy się z dużym nakładem pracy umysłowej dziecka, a w czasie jego formowania nawet u dzieci prawidłowych powstają chwilowe za-

[1]) Rozwój mowy u dziecka i stosunek tego rozwoju do jego inteligencyi. Warszawa, 1896. Psychologia oraz filozofia mowy. Warszawa, 1899.

[1]) Pod tym mianem należy rozumieć drobne wahania wydechu, różne dla każdej sylaby, a nawet zawartych w niej oddzielnych głosek.

miany głosek, przestawianie, opuszczanie głosek lub zgłosek, jednem słowem pewna nieprawidłowość mowy, którą nazywam bełkotaniem fizyologicznem. Z powyższego widzimy, że zdobycie mechanizmu mowy automatycznej w okresie jej wytwarzania się jest sprawą psychiczną, polegającą na świadomem wyrabianiu pamięci słownych, oraz świadomem kojarzeniu ich w ośrodku średnim. Wprawdzie cała ta praca umysłowa dziecka pozostaje dla niewprawnego badacza ukryta u dzieci z pojętnością prawidłową; przy pewnem jednak osłabieniu sfery umysłowej lub też przy wyrabianiu mowy u tego rodzaju dzieci, jesteśmy dopiero świadkami tych wysiłków mozolnych, które są nieodzowne dla powstania automatyzmu mowy.

Zgodnie z tem, co dotychczas powiedziałem, rozróżniam trzy okresy w rozwoju mowy u dziecka: 1) język pierwotny, to jest język tonów i gestów, 2) rozwój ośrodków pamięci słownych, powstawanie pojęć słownych, 3) wytwarzanie się automatyzmu mowy i łączenie pojęć słownych z wspomnieniami wyrazów przy mowie samodzielnej.

Omówiona psychiczna podstawa rozwoju mowy u dziecka jaskrawe rzuca światło na mowę, jako sprawę psychiczną, oraz dowodzi, że warunki powstania mowy są te same co i duchowej strony człowieka, w szczególności jego poznania, a więc pamięć, zdolność do kojarzeń, odpowiedni rozwój woli i uwaga. (Dok. nast.)

III. **Z zakładu Anat. patol. prof. Browicza w Krakowie.**

Przypadek trzustki dodatkowej w ścianie żołądka oraz o wadach rozwojowych trzustki wogóle.

Podał

Dr. L. K. Gliński.

asystent zakładu.

(Dokończenie).

Powstawanie trzustek dodatkowych do niedawna jeszcze było zupełnie niezrozumiałe: do ostatnich czasów przyjmowaliśmy, iż trzustka u człowieka rozwija się tylko z jednego pierwotnego zawiązku: historya rozwoju trzustki u zwierząt kręgowych była bardzo mało znaną; ztąd też spotykane niekiedy trzustki dodatkowe wydawały się jakimś niezwykłym wybrykiem przyrody. Dopiero szczegółowe badania ostatnich lat, dotyczące rozwoju trzustki i to zarówno u najniższych kręgowców, jak i u człowieka, że wspomnę tutaj tylko prace Laguessea, Kupffera, Felixa, Stossa, Hamburgera, Bracheta i innych, rzucają jaśniejsze światło na sprawę powstawania trzustek dodatkowych, których pojawianie się nie jest żadnym niezwykłym wybrykiem przyrody, lecz wynikiem jedynie zaburzeń w dalszym rozwoju pierwotnych zawiązków trzustki i odtwarzaniem stanu prawidłowego u zwierząt niższych.

Cofając się do zwierząt, u których trzustka występuje w najpierwotniejszej postaci, widzimy, jak to wykazały badania Laguessea i W. N. Parkera, iż trzustka u *protopterus* (ryba afrykańska z rzędu Dwudysznych) z reguły znajduje się wśród ścian żołądka, względnie jelita, które to stosunki, zdaniem Wiedersheima, prawdopodobnie spotykają się również i u innych gatunków ryb (jak n p. należących do rzędu *Cyclostomi*), u których dotychczas trzustki nie udało się wykazać. U niektórych ryb kościstych (*teleostei*), którym dawniej odmawiano istnienia trzustki, nie stanowi ona jednolitego zbitego gruczołu, lecz w postaci cienkich pasm spoczywa między blaszkami krezki, co zdaje się odpowiadać stosunkom, opisanym w wyżej omówionym przypadku Hyrtla. Według Leydiga u *pelobates* (płaz bezogonowy-*anura*) znaczna część trzustki leży między otrzewną a warstwą mięsną żołądka; u salamandry część trzustki pozostaje w ścisłym związku ze ścianą jelita; u kreta, prócz głównej masy gruczołowej, istnieć mają liczne trzustki dodatkowe, łączące się z trzustką główną tylko za pośrednictwem naczyń krwionośnych.

Tak więc trzustki dodatkowe, spotykane u ludzi, mają swój prototyp u zwierząt niższych, u których to niezwykłe (u człowieka) usadowienie stanowi regułę, i już z tego względu pojawianie się trzustek dodatkowych u człowieka staje się zrozumiałem, jako do pewnego stopnia zwrot ku najpierwotniejszej postaci. Cóż jednakże powiada nam w tej sprawie historya rozwoju trzustki u człowieka i u zwierząt kręgowych? Obecnie w nauce najwięcej przyjętem jest zdanie o troistym początku trzustki: trzustka rozwijać się ma z trzech pierwotnych zawiązków: jednego, wychodzącego ze strony grzbietnej i dwóch, wychodzących ze strony brzusznej jelita środkowego. Takie stosunki przynajmniej wykazali Laguesse, Goeppert, Goette, Felix, Brachet i inni u rozmaitych klas zwierząt kręgowych i u człowieka. Nieco na uboczu stoją zapatrywania Hamburgera i Hammara o dwoistym pierwotnym zawiązku trzustki, oraz Stossa, który przyjmuje istnienie 4 pierwotnych zawiązków (2 grzbietnych i 2 brzusznych), podobnie, jak to zostało stwierdzone u jesiotrów.

Przyjmując wielokrotność pierwotnych zawiązków trzustki [1]), łatwo zrozumiemy pojawianie się niekiedy trzustek dodatkowych: trzustka właściwa rozwija się głównie z zawiązków, leżących po stronie brzusznej jelita, podczas gdy zawiązek (czy zawiązki) grzbietne, rozwijające się początkowo silnie, więcej nawet, niż zawiązki brzuszne, i zrastające się z zawiązkami brzusznymi, później powstrzymują się w swoim rozwoju i tworzą stosunkowo nieznaczną część, — głowę trzustki; jako zaś ślad pierwotnego samodzielnego rozwoju tych zawiązków pozostaje tak często spotykany w głowie trzustki, zresztą prawidłowej, — przewód Santoriniego. Jeśli te zawiązki grzbietne (a raczej jeden z nich, zwykle nierozwijający się) rozwiną się silniej, niż to zwykle bywa, i zrosną się z zawiązkami brzusznymi, wtedy powstaje t. zw. trzustka mniejsza (*pancreas minus*), pozostająca w związku z głową trzustki i posiadająca własny kanał wyprowadzający.

Możemy się spotkać z inną kombinacyą: trzustka właściwa rozwija się prawidłowo z jednego zawiązku głównego (lub

[1]) Już Zenker w swej pracy objaśniał powstawanie trzustek dodatkowych wielokrotnością pierwotnych zawiązków; wobec jednak ówczesnych zapatrywań na rozwój trzustki, zwłaszcza zaś wobec pracy Colina, który, pracując specyalnie nad rozwojem trzustki w tym kierunku, nie był w stanie wykazać więcej, niż jeden pierwotny zawiązek, sądził Zenker, iż trzustki dodatkowe wytwarzają się z nieprawidłowo powstałych w większej ilości pierwotnych zawiązków, podczas gdy nie nieprawidłowe powiększenie ilości pierwotnych zawiązków, lecz nieprawidłowy dalszy rozwój stale występujących pierwotnych zawiązków, jest przyczyną wytwarzania się trzustek dodatkowych. (*Przypisek autora*).

choćby z paru zawiązków), podczas gdy pozostałe zawiązki zatrzymują się pierwotnie w stanie szczątkowym i nie zrastają się z zawiązkiem głównym. Dopiero po pewnym czasie, gdy trzustka już dosięgła pewnego rozwoju, gdy również rozrosły się już jelita, zawiązki te rozwijają się dalej, a nie mogąc już z powodu znaczniejszego oddalenia zrosnąć się z właściwą trzustką, tworzą trzustki dodatkowe, umieszczone w ścianach jelita lub żołądka, zależnie od tego, czy zawiązek, z którego rozwinęła się trzustka dodatkowa, leżał powyżej lub poniżej zawiązka głównego. Że te dodatkowe trzustki jeszcze i w tym późniejszym okresie zachowują dążność do zrastania się z trzustką właściwą, świadczyć się zdają przypadki Neumanna, Nauwercka i jeden z przypadków Zenkera, gdzie trzustki dodatkowe wypukłały ścianę jelita, tworząc rzeczywiste uchyłki (do sprawy tej wrócimy jeszcze w dalszym ciągu).

Przyjęcie 2 pierwotnych zawiązków trzustki u człowieka nie jest wystarczające do wyjaśnienia całej sprawy powstawania trzustek dodatkowych: już jeden z przypadków Zenkera, w którym u jednego i tego samego osobnika znaleziono 2 trzustki dodatkowe w ścianie jelita, byłby wobec tego zapatrywania niezrozumiałym: w danym razie istnieć musiały przynajmniej 3 zawiązki, aby powstać mogły trzy trzustki (jedna właściwa i dwie dodatkowe). Jednakże, jeśli przyjmiemy nawet istnienie 3 pierwotnych zawiązków, to i wtedy nie wszystkie przypadki trzustek dodatkowych staną się zupełnie jasne: we wszystkich dotychczas spostrzeganych przypadkach (również i w moim) trzustka właściwa zboczeń żadnych nie okazywała, a więc zawsze zawiązek główny rozwijać się musiał prawidłowo; z drugiej strony — poniżej tego zawiązku głównego istnieć muszą 2 zawiązki dodatkowe, jak o tem świadczy wyżej wzmiankowany przypadek Zenkera; prócz tego jednakże znajdujemy trzustki dodatkowe i powyżej tego głównego zawiązku — w dwunastnicy, a nawet w żołądku, wobec czego przyjąć należałoby istnienie przynajmniej jednego jeszcze pierwotnego zawiązku trzustki, leżącego powyżej zawiązku głównego. Opierając się na tych danych, sądziłbym, iż słusznem jest twierdzenie Stossa, który na podstawie swych badań nad zarodkami owiec przyjmuje istnienie 4 pierwotnych zawiązków trzustki, co zresztą stwierdzili i inni badacze u jesiotrów: sprawa ta jednakże wymaga jeszcze z jednej strony dalszych poszukiwań embryologicznych, z drugiej zaś — pożądanem byłoby, aby badacze, spotykający trzustki dodatkowe, opisywali dokładniej ich umiejscowienie w ścianach przewodu pokarmowego (co niestety dotychczas było najczęściej pomijane milczeniem), gdyż z umiejscowienia tych trzustek możnaby wyciągnąć pewne wnioski co do tego, z których zawiązków pierwotnych trzustki te rozwinęły się.

Nie potrzebuję chyba długo rozwodzić się nad sprawą, dlaczego trzustki dodatkowe spotykają się na tak rozległej przestrzeni w przewodzie pokarmowym: olbrzymi w porównaniu z pierwotnem jelitem dalszy jego rozrost jest jedyną przyczyną tego zjawiska. Zrozumiałą jednakowoż jest rzeczą, iż w kiszce grubej trzustki dodatkowe już spotykać się nie mogą, gdyż pierwotne zawiązki trzustki, jako wytwarzające się w jelicie środkowem i to powyżej przewodu żółtkowego (przewód pępkowo-krezkowy), nie mogą się spotykać poniżej tego przewodu (względnie — poniżej uchyłków Meckela), a tembardziej poniżej zastawki Bauhina; z drugiej jednakowoż strony pojawianie się trzustek dodatkowych w ścianie żołądka (co zdarza się bez porównania rzadziej: — znane są, licząc z moim, tylko 4 przypadki), staje się zrozumiałem wobec tego, iż tutaj takiej ścisłej granicy pomiędzy dwunastnicą a żołądkiem pierwotnie nie znajdujemy, i że trzustka poczyna się rozwijać prawie jednocześnie z różniczkowaniem się żołądka z pierwotnej jednostajnej cewki jelitowej; że odźwiernik nie stanowi tutaj takiej ścisłej granicy, świadczyć się zdaje i ten wzgląd, że w odźwiernikowej części żołądka stosunkowo dość często spotykamy się w błonie podśluzowej z gruczołami o cechach gruczołów Brunnera, zwykle spotykanych tylko w dwunastnicy, co i w moim przypadku miało miejsce, i to w bardzo wysokim stopniu.

Co się tyczy uchyłków jelitowych, w których były spotykane trzustki dodatkowe, to nie licząc przypadku Schultzego, jako wątpliwego, znane są tylko 3 przypadki uchyłków z trzustkami (Zenkera, Neumanna, Nauwercka). Uchyłki takie uważał Zenker za właściwe uchyłki Meckela, w których przypadkowo znalazła się trzustka dodatkowa; już jednakże Neumann przypuszczał, iż w pewnych warunkach trzustki dodatkowe same przez się mogą dać powód do powstania uchyłka jelitowego, co uzasadnił ostatecznie Nauwerck, ogłaszając przypadek, w którym prócz właściwego uchyłka Meckelowskiego znajdował się (znacznie wyżej) drugi uchyłek o ścianach, odpowiadających swą budową budowie ściany jelita i zawierający w górnej części trzustkę dodatkową. Wobec tego przypadku zgodzić się musimy ze zdaniem Neumanna i Nauwercka, iż uchyłki jelitowe, w których spotykamy trzustki dodatkowe są niezależne zupełnie od uchyłków Meckela, i że w pewnych warunkach (być może zależy to od głębszego usadowienia w ścianie jelita) trzustki dodatkowe, pociągając przy swym wzroście za sobą ścianę jelita, same przez się dać mogą powód do powstania uchyłka. Byłbym skłonny przypuszczać, iż zwrócenie baczniejszej uwagi i dokładniejsze badanie uchyłków, spotykanych w jelitach, zwłaszcza w dwunastnicy i w jelicie czczem wykazałoby, iż trzustki dodatkowe nie są znowuż tak nadzwyczajną rzadkością, jak to ogólnie przypuszczamy.

Skoro mowa o wadach rozwojowych trzustki, nie mogę pominąć milczeniem dwóch przypadków, ogłoszonych przez Hyrtla w sprawozdaniach z posiedzeń wiedeńskiej Akademii. W przypadku pierwszym, u kobiety dorosłej, w tylnej ścianie zatoki sieci *(bursae omentalis)* w niezwykle silnie rozwiniętym fałdzie trzustkowo-śledzionowym *(plica pancreatico-lienalis)* znajdował się twór wielkości i kształtu migdała, odgraniczony od trzustki tętnicą i żyłą wieńcową żołądka *(a. et v. gastro-epiploica sin., coronaria ventriculi inf. sin.)*, które to naczynia, co Hyrtl podkreśla, były w danym przypadku nadzwyczaj silnie rozwinięte. Trzustka wydawała się pomniejszoną: jej lewy językowato zaokrąglony koniec nie dochodził na 1 ctm. do brzegu lewego nadnercza. Bliższe badania wykazały, iż twór ten okazuje budowę trzustki i posiada przewód, pozostający w związku z przewodem Wirsungiusza. Drugi przypadek dotyczy noworodka, u którego głowa trzustki była oddzielona od jej trzonu wolną przestrzenią, wypełnioną głównie przez naczynia krezkowe górne *(a. et v. mesaraica superior)*, od których ku przodowi przebiegało przedłużenie przewodu Wirsungiusza, łączące obydwa te odcinki ze sobą; prócz tego przewodu w głowie trzu-

stki znalazł H. drugi przewód *(d. Santorinianus)*, uchodzący nieco powyżej wzgórka Vatera do dwunastnicy; przewód główny (Wirsungiusza) uchodził do dwunastnicy wspólnie z przewodem żółciowym wspólnym.

Jak widzimy, dwa te przypadki zasadniczo różnią się od wszystkich powyżej omówionych: tutaj trzustka właściwa nie była prawidłowo wykształcona (w jednym przypadku ogon był krótszy, w drugim — głowa leżała oddzielnie), trzustki pozornie dodatkowe pozostawały tutaj w związku z trzustką właściwą za pośrednictwem przewodów, z czego wnosićby należało, iż tutaj trzustka początkowo rozwijała się prawidłowo, i dopiero w późniejszym okresie rozwojowym nastąpiło niejako rozszczepienie, odsznurowanie części trzustki pod wpływem, być może, jak to twierdzi Hyrtl co do pierwszego przypadku, silniejszego rozwoju prawidłowo przebiegających tutaj naczyń. Za przypuszczeniem tem, iż rozwój trzustki początkowo tutaj być musiał prawidłowy, przemawia przedewszystkiem ta okoliczność, iż przewody tych pozornie dodatkowych trzustek stanowiły przedłużenie przewodu Wirsungiusza, mimo, iż w przypadku drugim istniał nawet oddzielny przewód Santoriniego: gdyby w tym przypadku rozwijała się rzeczywiście trzustka dodatkowa z oddzielnego zawiązka, któryby nie zrósł się we wczesnym okresie rozwoju z zawiązkiem głównym, w takim razie niezrozumiałem całkowicie byłoby istnienie przewodu, stanowiącego przedłużenie przewodu Wirsungiusza: właśnie ta wspólność przewodu świadczy, iż pierwotne zawiązki musiały się najprzód ze sobą połączyć, a dopiero w dalszym rozwoju znowuż nastąpiło rozszczepienie trzustki. Dla przypadków takich, zarówno ze względu na odmienne powstawanie, jak i odmienne cechy anatomiczne, oraz umiejscowienie, sądzę, najwłaściwiej byłoby zachować użytą przez Hyrtla, co do drugiego z omówionych przypadków, nazwę trzustki rozszczepionej *(pancreas divisum)*; pierwszy z omówionych przypadków Hyrtl niewłaściwie nazywa trzustką dodatkową *(pancreas accessorium)*, mimo, iż sam zwraca uwagę, że w danym razie miało miejsce rozszczepienie trzustki pod wpływem ucisku przez nadmiernie silnie rozwinięte naczynia.

Co się tyczy praktycznego znaczenia omówionych wad rozwojowych trzustki, to na trawienie wpływu większego wywierać one nie mogą: co najwyżej trzustki dodatkowe, usadowione w żołądku, mogłyby mieć pod tym względem pewne znaczenie; badania jednakże w tym kierunku są niemożliwe wobec tego, iż trzustki dodatkowe wykazane być mogą dopiero przy badaniu pośmiertnem. Z drugiej strony trzustki dodatkowe należą do kategoryi stosunkowo tak często spotykanych ognisk, pochodzących z życia zarodkowego i umieszczonych w miejscach niezwykłych: wiemy zaś, iż ogniska takie częstokroć bywają punktem wyjścia nowotworów, których budowa byłaby dla nas całkowicie zagadkową, gdybyśmy nie wiedzieli, iż w miejscach tych ogniska te mogą się spotykać, ztąd też znajomość umiejscowienia takich ognisk, a więc i trzustek dodatkowych, ma niepoślednie znaczenie; tak np. do niedawna jeszcze nie byliśmy w stanie wytłómaczyć sobie powstawania raków o nabłonku wałeczkowym w obrębie przełyku; gdy jednakże badania lat ostatnich, zwłaszcza prof. Schaffera, wykazały, iż w przełyku nierzadko spotykamy się z ogniskami o budowie, odpowiadającej całkowicie budowie błony śluzowej żołądka, powstawanie tych nowotworów, jako mających punkt wyjścia z tych właśnie ognisk, staje się całkowicie zrozumiałem. Przykładów takich przytoczyć możnaby bardzo wiele; wobec tego jednakże, iż zjawisko to jest powszechnie znanem, ograniczam się do tej wzmianki. Wreszcie trzustki dodatkowe, jako dające powód do powstawania uchyłków jelitowych, nie są pozbawione znaczenia, właśnie ze względu na te uchyłki, które, jak wogóle wszelkie uchyłki w jelitach, dać mogą powód w ten lub inny sposób do niedrożności jelit z wszelkiemi następstwami; z drugiej zaś strony w uchyłkach takich łatwo przyjść może do spraw zapalnych.

Streszczając to wszystko, cośmy wyżej powiedzieli, należy przyjść do następujących wniosków:

1) Wady rozwojowe trzustki u człowieka odtwarzają stan prawidłowy u zwierząt niższych, są wynikiem nieprawidłowego dalszego rozwoju prawidłowo tworzących się pierwotnych zawiązków trzustki i dadzą się podzielić na 3 gromady: *a)* trzustka mniejsza *(pancreas minus)* — na głowie trzustki znajduje się płat dodatkowy, oddzielony odeń nieznacznem tylko przewężeniem; *b)* trzustka dodatkowa *(pancreas accessorium, succenturiatum)*, tworząca oddzielny narząd, nie pozostająca w związku z właściwą, zupełnie prawidłowo rozwiniętą trzustką i spoczywająca zwykle w ścianach żołądka lub jelit (niekiedy w uchyłkach jelitowych); *c)* trzustka rozszczepiona *(pancreas divisum)*; rozszczepienie to jest wynikiem ucisku mechanicznego na prawidłowo rozwijające się i już pozrastane ze sobą pierwotne zawiązki trzustki. Trzustka właściwa jest w danym razie pomniejszona, a pozornie dodatkowa trzustka jest tylko jej częścią (głową lub ogonem), odsznurowaną przez niezwykle silnie rozwinięte, a przebiegające tutaj już w warunkach prawidłowych naczynia i pozostającą w związku z trzustką za pośrednictwem przewodu wyprowadzającego.

2) Sądząc z ilości, umiejscowienia i zachowania się trzustek dodatkowych, przypuszczać należy, iż już w stanie prawidłowym wytwarzają się stanowczo trzy, a według wszelkiego prawdopodobieństwa nawet cztery pierwotne zawiązki trzustki.

3) W pewnych warunkach (być może jest to zależnem od głębszego usadowienia) trzustki dodatkowe mogą dać powód do tworzenia się w jelitach uchyłków, których nie należy utożsamiać z uchyłkami Meckela.

W końcu niechaj mi wolno będzie złożyć szczere podziękowanie czcigodnemu memu szefowi, prof. Browiczowi, za pozwolenie ogłoszenia tego przypadku, oraz prof. Browiczowi i prof. Kostaneckiemu za cenne wskazówki.

Piśmiennictwo: 1) Birch-Hirschfeld: Lehrb. d. patolog. Anatomie 4 Aufl., 1895 2) Felix: Zur Leber- und Pankreasentwicklung. Arch. f. Anat. u. Phys. Anatom. Abth. 1892. 3) Gegenbaur: Ein Fall von Nebenpancreas in der Magenwand. Reichert's und du Bois Reymond's Archiv für Anatomie u. Physiologie, 1863. 4) Hamburger: Zur Entwicklung d. Bauchspeicheldrüse des Menschen, Anatom. Anzeiger, 1892. 5) Hammar: Einiges über die Duplicität der ventralen Pankreasanlage. Anatom. Anzeiger Bd. XIII, 1897. 6) Hertwig O.: Lehrb. d. Entwicklungsgeschichte. Jena, 1896. 7) Hyrtl: Handbuch d. topograf. Anatomie 4 Aufl, 1860. 8) Hyrtl: Sitzungsbericht. der Wiener Akademie LII, 1866. 9) Klob. Pankreas-Anomalien. Zeitschr. d. kk. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien, 1859, Nr. 46. 10) Laguesse: Structure et developpement du pancreas d'apres les travaux recents. Journal de l'anatomie et de physiologie. Année 30. 11) Leydig: Lehrbuch d. Histologie, 1857. 12) Meckel: Patholog. Anat. I Band. 13) Nauwerck: Ein Nebenpancreas. Ziegler's Beitr., 1892. 14) Neumann: Nebenpancreas und Darmdivertikel. Arch. f. Heilkunde 1870. 15) Schaffer: Wiener klin. Wochenschr. 1898. 16) Stoss: Untersuchung. über d. Entwicklung d. Verdauungsorgane. Dissertation-Leipzig, 1892. 17) Schultze: Acta natur. curios., t. I, 1727. 18) Wagner

E: Accessorisches Pancreas in d. Magenwand Archiv f. Heilkunde 1862. 19) Wiedersheim: Grundriss d. vergleich. Anatomie 1896. 20) Zenker: Nebenpancreas in d. Darmwand Virch. Archiv, 21 Bd. 1861.

* * *

IV. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

Z oddziału chorób wewn. Szpitala powsz. we Lwowie pod kierunkiem Doc. Dr. J. Wiczkowskiego.

Hedonal, Resaldol i Hidragogina.

Podał

Dr. Juliusz Zajączkowski, sekund. oddziału.

(Dokończenie).

Resaldol.

Resaldol otrzymuje się przez działanie jednej drobiny chlormetyl-salicylaldehydu na jedną drobinę resorcyny. Przedstawia proszek jasnobrunatny bez smaku; nie rozpuszcza się w wodzie i w kwasach, a ogrzany powyżej 200⁰ rozkłada się wśród wywiązywania gazów. Łatwo się rozpuszcza w acetonie, eterze octowym i w alkoholu; w tym ostatnim powstaje barwa brunatna z zieloną fluorescencyą; nie rozpuszcza się w eterze, chloroformie, benzolu i t. p.

Roztwór alkoholowy daje z chlorkiem żelaza zielone zabarwienie, przechodzące wkrótce w brunatno-czerwone. W zgęszczonym kwasie siarkowym i alkaliach żrących rozpuszcza się, przybierając barwę czerwoną.

Właściwie czynnym składnikiem resaldolu jest przetwór direzorcylowy, który jest smaku i zapachu nader nieprzyjemnego. Przez przemianę tego przetworu na resaldol pochodny acetylu nadaje mu się własności, ułatwiające użycie tego środka. Działanie jego rozwija się dopiero w jelitach, gdzie pod wpływem alkalicznego soku jelitowego rozszczepiają się zwolna grupy acetylowe. W jelitach więc strąca istoty klejowate i białkowe, działa więc ściągająco, a nawet w roztworach alkalicznych zachowuje własności przeciwzakaźne.

Działanie jego ma się rozciągać także na naczynia krwionośne, mianowicie ma wywoływać skurcz naczyń jelitowych, a właśnie od leku, mającego działać ściągająco w jelitach, wymagamy, aby się nie rozpuszczał ani w wodzie, ani w kwasach, a więc w soku żołądkowym, natomiast, aby się zwolna rozpuszczał w alkalicznym soku jelitowym i działał odkażająco. Przypatrzmy się, czy w naszych przypadkach resaldol odpowiedział oczekiwaniom i czy daje nam lepsze wyniki, aniżeli dotychczas znane, analogiczne środki. Ponieważ resaldol ma oddawać największe usługi w gruźlicy jelit, przeto stosowaliśmy go przeważnie w tej chorobie z tem większą ochotą, że rozwolnienia u suchotników są objawem bardzo dokuczliwym, a którego dotychczas zwalczyć nie mogliśmy. Podawaliśmy 3—4 gramów dziennie przez całe tygodnie u 8 chorych, dotkniętych gruźlicą jelit; były to chore, u których występowało rozwolnienie po każdem przyjęciu pokarmów kilka lub kilkanaście razy dziennie. Po podaniu resaldolu ilość stolców się zmniejszała — było ich 3—4 dziennie, lecz podobny skutek przynosiły podawane: bismut. salicyl., garbnikan chininowy, tanigen, tanalbina itp.

Ponieważ resaldol ma również działać odkażająco, śledziliśmy zachowanie się indykanu w moczu przed i po podaniu resaldolu i pod tym względem nasze doświadczenia nie odpowiedziały oczekiwanym skutkom; — ilość indykanu nie zmniejszała się po podaniu resaldolu.

Na podstawie więc powyższych badań możemy orzec, że resaldol chorzy dobrze znoszą, nie psuje trawienia i nie wpływa szkodliwie na nerki, ale nie jest lepszym od dotychczas znanych i używanych środków, jak bismut. salicyl., tanigen, tanoform, tanalbina, garbnikan chininowy i t. p.

Hidragogina

„neuestes und wirksamstes Diureticum“ — pod tym tytułem szumnym i zachęcającym ukazał się ten przetwór w handlu przed kilku zaledwie miesiącami.

Jest to płyn barwy ciemnobrunatnej, w skład którego wchodzą: nalewka naparstnicy (10%), nalewka *strophantus* ($16^2/_3$%), scylipikryna, scylitoksyna i oksysaponina. W handlu znajduje się hidragogina w flaszeczkach 15 gramowych; aby mogła działać skutecznie, musi być zażywaną co 1—2 godziny po 10—15 kropel tak, iż w przeciągu 36 godzin chory zażyje 1.50 grm. nalewki naparstnicy i 2.50 grm. nalewki *strophantus*. Polecają podawać ten lek w wodzie selterskiej, sodowej i w mleku.

W obec tego, że składniki tego przetworu znamy, nie przedstawia on nic nowego, a przez kombinacye tych 5 środków nasercowych, z których 3 ostatnie, t. j. scylipikryna, scylitoksyna (ciała wyosobnione przez Mercka z cebuli ekliwiczej *(bulbus Scillae)*) i oksysaponina, prawie nigdy w praktyce prywatnej nie bywają używane, przetwór ten ani trochę nie stoi wyżej od zwykle używanej kombinacyi — nalewki naparstnicy z nalewką *strophantus*. Mając ten przetwór do dyspozycyi, zastósowaliśmy go w kilku przypadkach, podając chorym bądźto zaraz po wstąpieniu do szpitala, bądźteż na przemian z innymi środkami leczniczymi.

I tak podaliśmy hidragoginę chorej z rozpoznaniem: *Insuff. et stenosis mitralis in stadio incompens.* co 2 god. po 15 kropel w wodzie sodowej. Chora ta zgłaszała się kilkakrotnie do szpitala z powodu niewyrównanej czynności serca; ostatni raz w październiku b. r. Ilość moczu w pierwszych dniach pobytu wynosiła 500 ctm.³; po podaniu hidragoginy wzrosła zaledwie po kilku dniach do niespełna 900 ctm.³, co jednak raczej przypisywać musimy leżeniu w łóżku. U tej samej chorej po podaniu innych leków, które znacznie podniosły wydzielanie moczu, jeszcze raz zastosowaliśmy ten nowy środek, ale i tym razem bez widocznego skutku.

Podawaliśmy również hidragoginę dwukrotnie u chorej z rozpozn. *Insuff. mitr. in stadio incomp; ectasia aortae*, u której, po kilkakrotnem bezskutecznem zastósowaniu naparstnicy, podaliśmy hidragoginę, również bez najmniejszego skutku.

Stósowaliśmy wreszcie ten przetwór u chorej z rozp.: *Insuff. mitralis in stadio incompens. subsequ. dilatat. ventr. dextri cordis, — insuff. relat. valv. tricusp.* U chorej tej dopiero od 3 tygodni wystąpiły stale obrzęki; po zastosowaniu naparstnicy i innych leków nasercowych, podaliśmy hydragoginę, spodziewając się, że tak zachwalany środek moczopędny podniesie przecież w tak świeżem niewyrównaniu czynności sercowej wydzielanie moczu, które w 24 god. dochodziło zaledwie do 750 ctm.³; atoli spotkał nas i tu zawód, jak i w kilku innych przypadkach niewyrównanych wad serca.

To też streszczając wyniki leczenia hidragoginą, musimy powiedzieć, że kombinacya tych 5 środków, składających hidragoginę, w niczem nie stoi wyżej od naparu lub nalewki naparstnicy lub nalewki *strophantus* i ich kombinacyi i że tam, gdzie naparstnica i *strophantus* nie działają, i hidragogina nie zadziała.

V. Wyciągi.

Koch. **Wyniki wyprawy dla zbadania zimnicy.** II. *(Deutsch. med. Wochs.* 1900 Nr. 50). W zimnicy nieleczonej stają się z czasem napady coraz rzadsze i słabsze (w czem K. dopatruje już wpływu nabytej odporności), wreszcie znikają, wraz z niemi nie znika jednak zakażenie zimnicze z ustroju, gdyż prócz obrzęku śledziony, niedokrewności i t. d. można jeszcze i wówczas wykazać we krwi pasorzyty, i to właśnie te ich postacie, które są początkiem dalszego rozwoju pasorzyta w ustroju moskitów, a więc w trzeciaczce i czwartaczce tzw. „sfery“, w zimnicy podzwrotnikowej — „półksiężyce“. Takie przypadki zimnicy „utajonej“ spotyka się naj-

częściej u dzieci, rzadziej u dorosłych. W zwalczaniu zimnicy należy zwracać największą uwagę na tę właśnie zimnicę „utajoną“, o której chorzy nic najczęściej nie wiedzą. — podobnie, jak w zwalczaniu cholery, dżumy i t. d. bacznej uwagi wymagają właśnie przypadki najlżejsze, które łatwo przeoczyć, a które mogą rozwlec zarazę.

Oprócz zwalczania zimnicy „utajonej“ u ludzi, ważnem w tej sprawie jest zagadnienie, gdzie, prócz u ludzi, znajdują się pasorzyty zimnicy. K. sądzi, że żyją one tylko jeszcze u komarów (*anopheles*), a to z następujących powodów. Nie powiodło się dotąd wykazać pasorzytów zimnicy ludzkiej u żadnych zwierząt (nie wyjmując małp i nietoperzy, w których krwi żyją pasorzyty podobne. ale nie takiesame), ani też przeszczepić ludzkich pasorzytów na zwierzęta i odwrotnie. Obecnie znów bez skutku próbował K. zakażać zimnicą ludzką małpy na Jawie i N. Gwinei. Wreszcie powiodło się Kochowi wytępić zimnicę wśród robotników w Stephansort, chociaż w zastosowanych środkach miał na względzie tylko pasorzyty zimnicze krwi ludzkiej.

Mogąc wykazać pasorzyty w najbardziej nawet „utajonych“ przypadkach zimnicy i wygubić je, jak K. utrzymuje — napewno, zapomocą chininy, mamy też w ręku środki do zwalczenia zimnicy, jako choroby pospólnej. Należy tylko wyszukiwać wszystkie pojedyncze przypadki zimnicy i odpowiednio je leczyć. Do tego jednak potrzeba, aby lekarze nauczyli się badać krew co do pasorzytów zimnicy i owładnęli tak dokładnie sposób leczenia chininą, aby chorych napewno uchronić od nawrotów. Koniecznie też trzeba ubogim chorym dostarczać chininy bezpłatnie, jak to się dzieje w Indyach holenderskich i angielskich, gdzie chininę wydają bezpłatnie wszystkie urzęda pocztowe, co warto zastosować tam, gdzie apteki są rzadko rozrzucone. Jaki wpływ wywiera na zimnicę liczba lekarzy i łatwość otrzymania chininy, dowodzą Niemcy północne, gdzie zimnica dotykała jeszcze w r. 1869 — 54·5‰ wojska, w r. zaś 1897 już tylko 0·45‰. W Poznaniu liczba przypadków zimnicy wśród żołnierzy spadła na 29 w. r. 1897 z 1032 w r. 1885. Podobnie stało się z ludnością cywilną, choć tutaj nie rozporządza K. dokładną statystyką. Sama poprawa stosunków higienicznych nie tłómaczy tego zmniejszenia się zimnicy; zresztą regulacya rzek, osuszenie bagien i t. p. ważne higieniczne środki nie wywarły znaczniejszego wpływu na właściwego roznosiciela zimnicy, gdyż i dziś znajduje się *anopheles* obficie wszędzie tam, gdzie znajdował się dawniej. Jedynie taniość, a przez to dostępność chininy i wzrost liczby lekarzy mogą tłómaczyć ustępowanie zimnicy w latach ostatnich. W Niemczech toczyła się walka z zimnicą napół nieświadomie, toteż na wynik czekać było trzeba lat dziesiątki: świadome celu zwalczanie zimnicy osiąga skutek znacznie szybciej, jak dowodzi wytępienie tej choroby w Stephansort zapomocą odszukiwania wszystkich przypadków zimnicy przez systematyczne badanie krwi ludności i zapomocą leczenia chininą.Postępowanie takie jest czemś innem, niż tzw. „zapobiegawcze“ podawanie chininy, które nie dałoby się zresztą w praktyce zastosować, gdyż wymaga podawania chininy wszystkim bez wyjątku mieszkańcom zakażonej okolicy. Postępowanie Kocha zupełnie nie uwzględnia roli moskitów; zresztą, zdaniem K., wszelkie środki dla wytępienia lub uchronienia się od komarów, jak polewanie wód, w których lęgną się one, naftą, nacieranie ciała różnymi środkami, zamykanie otworów w mieszkaniach siatkami i t. d. nie działają na pewno (odmiennego zdania są badacze włoscy *przyp. spr.*) i nie dadzą się zastosować na szerszą skalę.

Lecząc zimnicę, (przepisy swoje podaje K. odnośnie do krajów podzwrotnikowych), należy koniecznie zbadać krew co do pasorzytów w czasie napadu i między napadami; pożądane jest regularne (conajmniej co 3, jeśli można co 2 godziny) mierzenie ciepłoty ciała. Środkiem leczniczym jedynym jest chinina; częściowo może ją zastąpić tylko błękit metylowy, działający znacznie wolniej, ale ostatecznie konieczny w przypadkach idyosynkrazyi chininowej. Wszelkie inne środki są, zdaniem K., bez wartości. Używać należy jak najlepszych gatunków chininy, co ważne jest ze względu na dość częste zafałszowania (głównie skrobią). K. najwyżej stawia *chin. muriaticum;* najlepiej podawać ją w rozczynie *(corrigens* najlepsze — kawałek cukru po zażyciu); jeżeli podaje się w proszkach, to najlepiej w opłatku: inne sposoby podawania, jak torebki gelatynowe, kołaczyki, [a zwłaszcza pigułki, są niestósowne, bo albo zawierają zamało leku, albo są trudno rozpuszczalne. Pamiętając o tem, że chinina rozpuszcza się tylko w kwasach, nie należy jej podawać w przypadkach chorób żołądka, przebiegających ze zmniejszeniem kwasoty, inaczej, jak zalecając popić dawkę wodą z kw. solnym lub stosując podskórnie (jako *chinin. bimur. carbam.* w dawce o połowę mniejszej, niż *per os.*). Najlepiej podawać chininę wewnętrznie po lekkim posiłku zrana, co zresztą godzi się ze starą zasadą podawania jej na 4—5 godz. przed napadem (zjawiającym się zwykle koło południa). Dorosłym podawać trzeba najmniej 1 grm.; jeżeli to osłabi lub usunie napad, to podaje się tyleż co rano dni następnych; jeżeli napadu nie usunie i nie osłabi, to K. podaje 1·5—2 grm. U dzieci niżej roku zadawał K. 1 ccm. 1% rozczynu, u starszych tyle ccm., ile lat liczą. Nawrotom najpewniej zapobiedz można, podając stale co 5 dni po 1 grm. (u dorosłych) zrana, ile możności w rozczynie. (Reszta sprawozdania odnosi się do innych chorób podzwrotnikowych, jak beri=beri i t. p.) *Ciechanowski.*

Lohnstein (Berlin). **W sprawie odczynu wydzieliny gruczołu krokowego w przewlekłem jego zapaleniu, i wpływ tej wydzieliny na żywotność plemników.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 52, 1900). Na podstawie licznych badań, wykonanych na 500 przypadkach chorobowych, dochodzi autor do wyniku, że a) wydzielina gruczołu krokowego, zajętego przewlekłem zapaleniem, po większej części oddziaływa kwaśno (dotychczas uważano za regułę oddziaływanie alkaliczne), b) zawartość ropy w wydzielinie nie wpływa wielce na jej kwasotę; c) oddziaływanie to niema wielkiego znaczenia dla zdolności życiowej plemników i d) zastój wydzieliny jądrowej prawdopodobnie podnosi czynność gruczołu krokowego. *Dr. Henryk Pisek.*

Litten (Berlin). **W sprawie zwyrodnienia skrobiowatego z szczególnem uwzględnieniem nerek.** (*Berlin. klin. Wochenschrift.* Nr. 51 i 52, 1900). Cierpienie, o którem mowa, rozwija się najczęściej na tle już istniejącego charłactwa, wywołanego długotrwającemi chorobami (gruźlica, zołzy, ropienia skóry, kości, błon śluzowych, kiła, nowotwory, wreszcie otoki ropne, ropnie płucne i t. d.), — szczególnie zaś, jeśli do ognisk ropnych, znajdujących się wewnątrz ustroju, jest ułatwiony dostęp powietrza przez istniejące przetoki (Bartels). Nie mniej także może się wyjątkowo rozwinąć skrobiawica u osobników zupełnie zdrowych, jak to wykazują wprawdzie nieliczne, ale niewątpliwie stwierdzone przypadki. Z szczególnem upodobaniem usadawiają się zmiany skrobiowate w nerkach i śledzionie; ostatnia jest prawie zawsze chorobowo zmieniona (na 100 przypadków 98 razy), — jakkolwiek przypadkowe niezajęcie nerek przy ogólnej skrobiawicy zdarza się bardzo rzadko. Przechodząc do objawów, znamionujących to cierpienie, należy na pierwszem miejscu postawić puchlinę wodną tak w poszczególnych jamach ustroju, jak i na kończynach; dalej biegunkę, której przyczyny leżą w zwyrodniałych kosmkach i wrzodach jelitowych lub w zastoju krwi w zakresie żyły wrotnej. Do tego ogólnego obrazu chorobowego dołącza się często i wątroba, która bywa czasem dwa razy tak wielka, jak w stanie prawidłowym. Wymioty pojawiają się rzadko. W skrobiawicy nerek odróżnia autor 3 postacie: a) czystą nerkę skrobiowatą; b) zwyrodnienie skrobiowate obok przewlekłego miąższowego zapalenia nerek (wielka nerka biała): c) nerka skrobiowata zanikająca. Prawidła etyologiczne są dla tych postaci zupełnie te same, jak i dla ogólnej skrobiawicy; — wśród jakich zaś warunków jedna lub druga postać się rozwija, to nie da się dotychczas napewno rozstrzygnąć. Dalsze wywody tej wyczerpująco opracowanej rozprawki tyczą się obszernie skreślonych zmian drobnowidowych, które nie nadają się do krótkiego streszczenia. *Dr. Henryk Pisek.*

Benda. **Przyczynki do histologii normalnej i patologicznej przysadki mózgowej.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900, Nr. 52). Ze względu na zmiany patologiczne zasługuje na uwagę głównie przedni płat przysadki, złożony z właściwego utkania gruczołowego i rozwijający się z ektodermu, płat tylny bowiem jest częścią mózgu, złożoną z niezupełnie rozwiniętej neurogliі, włókien nerwowych bezrdzennych i obfitujących w barwik komórek zwojowych. Na granicy obu płatów leżąca tzw. substancya rdzenna zbudowaną jest z pęcherzyków gruczołowych, wysłanych jednowarstwowym nabłonkiem i mieszczących w swem wnętrzu koloid, co razem przypomina budowę gruczołu tarczykowego. Reszta płatu przedniego przysadki składa się z rozgałęziających się pasm nabłonkowych. Komórki przedniego płatu przysadki zawierają silnie się barwiące ziarna substancyi białkowatej. Ziarna te, jak stwierdza B. wbrew dawniejszym zapatrywaniom, znajdują się w stanie prawidłowym we wszystkich komórkach, tylko w różnej ilości, i są zdaniem B., właściwym produktem wydzielniczym przysadki (Secret): natomiast koloid, znajdujący się w pęcherzykach tzw. substancyi rdzennej jest, zdaniem B., bezużyteczną dla ustroju wydaliną (Excret). B. sądzi, że komórki, zawierające ziarnka, są tym właśnie składnikiem przysadki, którego stan pozwoli jednolicie oceniać prawidłową czynność i chorobowe zaburzenia tego narządu. B. stwierdził mianowicie, że wahania ilościowe w wydzielaniu ziarn są zmianami „sui generis“, niezależnemi od innych schorzeń przysadki (ropni, ognisk rozmiękczynowych, nadmiaru koloidu itd. I tak znaczne zmniejszenie wydzielania ziarn znalazł B. w przysadkach (zresztą powiększonych w całości) u matołków, — w połączeniu z zanikiem przedniego płatu w 3 przypadkach choroby Basedowa, wreszcie prawie zupełny brak ziarn spotkał B. w komórkach przysadki karła. — Naodwrót w 4 przypadkach akrome-

galü spotkał B. nowotwory przysadki, złożone z komórek, pochodnych od komórek przysadki i zawartością licznych ziarn dowodzące, że odbywa się w nich wzmożona czynność wydzielnicza. B. wstrzymuje się od wszelkich wniosków o związku zmian przysadki z zaburzeniami wzrostu, w szególności rozwoju kośćca; sądzi bowiem, że dotyczące spostrzeżenia nie są dość liczne i stanowcze i że wysnutym z nich przypuszczeniom brak najważniejszego tj. doświadczalnego dowodu. *C.*

Krompecher. **Badania nad działaniem sposobu Landerera u zwierząt gruźliczych i nad jadowitością prątka gruźliczego.** *(Annales de l' Institut Pasteur*, 1900, Nr. 11). Landerer oparł swój sposób leczenia gruźlicy kwasem cynamonowym i jego przetworami na doświadczeniach Richtera, który wstrzykiwał kw. cynamonowy 10 królikom, zakażonym gruźlicą. Wnioski, do jakich doszedł Richter, wymagały sprawdzenia nietylko dlatego, że liczba doświadczeń jest bardzo mała, ponieważ z owych 10 królików 3 padły przedwcześnie, ale także dlatego, że do porównania użył Richter tylko jednego królika, którego po zakażeniu gruźlicą nie leczył wcale: nadto królik ten padł po 7 miesiącach, sekcyi jego wcale nie robiono (!), a zwierzęta „leczone“ zabito już po 6 miesiącach. W rzeczywistości więc Richter wcale nie dokonał badań porównawczych: znalezione przez niego przy sekcyi zwierząt zakażonych i „leczonych“ niewielkie i jakby zabliźniające się zmiany gruźlicze mogły zależeć nie od korzystnego działania użytego leku, ale od małej jadowitości użytej hodowli prątka gruźliczego. Jestto tem prawdopodobniejsze, że jedyny królik, dla porównania nie leczony, padł dopiero po 7 miesiącach, gdy zazwyczaj zwierzęta, zakażone śródżylnie prątkami gruźliczymi jadowitymi, padają najdłużej po 3 miesiącach. Z tych wszystkich powodów podjął K. liczne doświadczenia z wstrzykiwaniem śródżylnem zwierzętom gruźliczym cynamonianu sodoweg., zalecanego w ostatnich czasach przez Landerera w miejsce kwasu cynamonowego: dla porównania użył K. w każdym szeregu doświadczeń równej liczby zwierząt leczonych i nieleczonych. W doświadczeniach tych stwierdził K. zgodnie z Richterem i innymi, że wstrzykiwania śródżylne cynamonianu sodowego wywołują u zwierząt w ciągu 3—4 godzin bardzo znaczną leukocytozę i przekrwienie szpiku kostnego; zjawisko to występuje u zwierząt gruźliczych, zarówno, jak u zdrowych. Dalej stwierdził K., że pod działaniem cynamonianu sodowego, zarówno u zdrowych, jak u gruźliczych zwierząt następuje po pewnym czasie pomnożenie łącznotkankowego podścieliska płuc, wreszcie, że zwierzętom zdrowym wstrzykiwania śródżylne tego środka nie szkodzą. Natomiast wstrzykiwania cynamonianu sodowego, stosowane zapobiegawczo, nie chronią zwierząt wcale przed późniejszem zakażeniem gruźliczem: zwierzęta naprzód zakażone jadowitymi prątkami, a potem leczone sposobem Landerera, padają na gruźlicę równie szybko i przedstawiają tesame zmiany, co zwierzęta nieleczone. U zwierząt, zakażonych jadowitymi prątkami gruźliczymi, nie dostrzega się po leczeniu sposobem Landerera ani śladu spraw, mogących doprowadzić do wyleczenia zmian gruźliczych. Doświadczenia te wraz z faktem, że królik zakażony i nieleczony w doświadczeniu Richtera padł dopiero po 7 miesiącach, dowodzą, zdaniem K., stanowczo, że Richter posługiwał się w swoich badaniach prątkiem gruźliczym nie dość jadowitym i że błędnie przypisywał kwasowi cynamonowemu wyleczenie, które następowało samoistnie.

Wyniki te zachęciły K. do zbadania, czy i czem różnią się od siebie zmiany, wywołane u zwierząt przez prątki gruźlicze o różnej jadowitości, bardzo jadowite i wcale nie jadowite, żywe i zabite zapomocą wysokiej ciepłoty, przez prątki gruźlicy ludzkiej i rybiej; dalej, jak oddziaływują zwierzęta w ten sposob zakażone na wstrzykiwanie tuberkuliny zwykłej, oraz tuberkuliny, wytworzonej z hodowli prątków o rozmaitej jadowitości. Okazało się, że bardzo jadowity prątek gruźliczy zabija króliki po wstrzyknięciu śródżylnem najdalej w ciągu miesiąca, przyczem powstające ogniska gruźlicze szybko ulegają zserowaceniu: natomiast prątek niejadowity i prątek gruźlicy rybiej nie wywołują napozór żadnej choroby, a u zabitych po pewnym czasie zwierząt znajduje się niewielkie, głównie drobnowidowe zmiany w postaci gruzełków, złożonych z komórek olbrzymich i skąpego nacieku drobnokomórkowego. Słabo jadowite prątki wywołują zmiany znaczniejsze, dostrzegalne gołem okiem i często otaczające się torebką włóknistą. Jeżeli użyć hodowli gruźliczych, zabitych przez ogrzewanie do 120° C., to hodowle, które były bardzo jadowite, wywołują już po upływie 3 tygodni powstawanie gruzełków, widocznych gołem okiem i ulegających zserowaceniu, jednakże tylko w miejscach, zakażonych bezpośrednio: prątki niejadowite nie wywołują żadnych zmian ani makro- ani mikroskopowych. Okazuje się z tego, że gruźlica może powstać bez udziału żyjących prątków gruźliczych, a tylko przez działanie prątków nieżywych (przedtem odpowiednio jadowitych); taka gruźlica „toksyczna“ jednakże nie uogólnia się, ograniczając się do miejsc, bezpośrednio zakażonych, czyli pozostaje sprawą miejscową. — Zwierzęta, którym wstrzyknięto prątki jadowite, bądź żywe, bądź martwe, oddziaływały na wstrzykiwania zwykłej tuberkuliny podniesieniem się ciepłoty przynajmniej o 1° C., natomiast zwierzęta, szczepione prątkami niejadowitymi, oddziaływały wzniesieniem ciepłoty conajwyżej o kilka dziesiętnych stopnia. Tuberkulina, uzyskana z prątków jadowitych, podnosiła ciepłotę zwierząt gruźliczych zawsze przynajmniej o 1° C. już w dawce 0·1—3 miligramów: tuberkulina, uzyskana z hodowli niejadowitych, albo nie zmieniała ciepłoty, lub tylko najwyżej o kilka dziesiętnych stopnia. *Ciechanowski.*

Bienstock. **O roli bakteryi jelitowych.** *(Annal. de l'Instit. Pasteur*, 1900, Nr. 11). Z bardzo ciekawych badań B., dotyczących współzawodnictwa bakteryi, stale znajdujących się w jelitach, z mikrobami, które przypadkowo do jelit się dostały, zasługuje na uwagę przedewszystkiem jeden szczegół, nie pozbawiony doniosłości praktycznej. W r. z. opisał B. t. zw. »*bacillus putrificus*«, wywołujący bardzo szybko gnicie włóknika i zauważył przytem, że działanie tego prątka zupełnie ustawało lub słabło znacznie w obecności prątka okrężnicy *(b. coli)* i *b. lactis aërogenes*. Wpływ obu tych prątków jeszcze wybitniej występował w mleku, które w stanie surowym, jak to dawno zauważono, powstrzymuje gnicie. B. przekonał się, że mleko wyjałowione i zakażone *b. putrificus* gnicia nie powstrzymuje: jeżeli do mleka tego zaszczepić prócz tego prątka prątek okrężnicy, to działa ono jak mleko surowe, t. j. powstrzymuje gnicie umieszczonego w niem włóknika, niewątpliwie wskutek współzawodnictwa rozwijających się w niem obu gatunków bakteryi. Spostrzeżenie to ma wagę dla żywienia dzieci w chorobach przewodu pokarmowego. Wszak według badań Eschericha i in. rozwijające się w treści jelitowej sprawy nie przebiegają przypadkowo, ale według pewnych prawideł, i tak w zapaleniach mieszkowych stale powstaje silne gnicie z zasadowym odczynem kału, w nieżytach jelita cienkiego wytwarza się nadmierna ilość kwasów i t. d. Żywienie mlekiem wyjałowionem w obu razach musi być szkodliwe: szczególnie w zapaleniach mieszkowych sprzyja ono sprawom gnilnym. Mleko wyjałowione znosić może bez szkody tylko zdrowy przewód pokarmowy, zawierający prawidłową florę bakteryjną, która zastępuje przy żywieniu mlekiem bakterye „użyteczne“, znajdujące się w mleku surowem. Wprawdzie mleko, zwane w handlu wyjałowionem, najczęściej wcale nie jest jałowem; jednakże te bakterye, które w takiem niby-jałowem mleku się spotyka, właśnie rozkładają mleko, sprowadzając jego peptonizacyę, albo gnicie i czynią je tem szkodliwszem. Ponieważ niepodobna mleka tak wyjałowić, aby zniszczyć w niem tylko bakterye chorobotwórcze, a zachować te, które przeciwdziałają gniciu, przeto należy przywrócić mleku wyjałowionemu przeciwgnilne (w ścisłem słowa znaczeniu) własności mleka surowego. Zakażanie umyślne mleka wyjałowionego prątkiem okrężnicy byłoby trudne i niewygodne; natomiast można je rozcieńczać w podobnym celu zwykłą, niegotowaną, dobrą wodą do picia, która, nawet gdy jest najlepszą, zawiera zwykle prątek okrężnicy, a nawet *b. lactis aërogenes*. Dodając wody takiej (z wodociągu w Mülhuzie) do mleka, zakażonego *b. putrificus*, zdołał B. zupełnie powstrzymać gnicie. Zatem niewielki dodatek dobrej wody do picia może, zdaniem B., przywrócić mleku wyjałowionemu korzystne własności mleka surowego bez jego wad. *C.*

Marx. **O zastosowaniu znieczulenia rdzeniowego w położnictwie.** (*Klin. therap. Wochens.* 1900). Autor zastósował w 40-tu przypadkach znieczulenie rdzeniowe bez szkody dla matek i dzieci. Wstrzykiwania wykonuje albo w położeniu siedzącem z silnem nachyleniem ku przodowi, przez co silnie się kręgosłup ku tyłowi wygina, albo w leżącem, uginając kręgosłup tak, aby okolica lędźwiowa silnie ku tyłowi się wypukliła. W obu położeniach przez takie wygięcie kręgosłupa odstępy międzykręgowe stają się szersze. Oczyściwszy należycie cały grzbiet, kładzie palec duży lewej ręki na wyrostku kolczastym 5-go kręgu lędźwiowego, następnie ręką prawą wbija igłę 10 ctm. długą, należycie odkażoną, tuż nad palcem i nieco na zewnątrz tak, że kierunek palca z linią wkłócia tworzy kąt 165 stopni. Igłę prowadzi od dołu ku górze i nieco od zewnątrz ku wewnątrz. Z chwilą kiedy dojdzie do kanału rdzeniowego, zaczyna z igły wypływać czysty płyn, (wypływająca krew dowodzi, że jesteśmy na zewnątrz kanału): teraz nakłada strzykawkę i wpuszcza 10—15 kropli 2% rozczynu kokainy, a więc 0·010—0·015. Po 2—15 minutach powinno wystąpić znieczulenie, które poznaje po braku reakcyi na pociąganie i szczypanie warg mniejszych: jeżeli w tym czasie znieczulenie nie wystąpi, powtarza wstrzykiwania aż do ilości 0·045 alkaloidu. Działanie znieczulające polega na bezpośredniej styczności rozczynu kokainy z splotem lędźwiowym i na szybkiem wessaniu przez rdzeń i jego osłony. Przy znieczuleniu tem macica kurczy się zupełnie prawidłowo, tylko bez odczucia bólu ze strony rodzącej, dobrowolne bóle parte nie występują, rodząca prze

wtenczas, kiedy się jej powie. Przy zabiegach operacyjnych zupełnie nic nie czuje, zwłaszcza wtenczas, gdy się usunie wpływ psychiczny.

W razie wystąpienia objawów zatrucia, n. p. nudności, wymiotów, potów, bólu głowy, dreszczy, lub podniesienia ciepłoty poleca autor podać nitroglicerynę w ilości 0·0006, albo wstrzyknąć podskórnie *hyoscinum hydrobromicum* w ilości 0·0003.

Jako wskazania do zastosowania znieczulań rdzeniowych autor wymienia usunięcie bólów porodowych: tam, gdzie nie można użyć uśpienia chloroformowego, ani eterowego; gdy niema kto usypiać, a trzeba wykonać operacyę; przy drgawkach, aby przez badanie uniknąć napadów, a wreszcie w posocznicy, gdzie uśpienie chloroformowe ze względu na serce i nerki byłoby niebezpieczne.

Jedyne niebezpieczeństwo, jakie przy znieczuleniu tem mogą powstać, t. j. zatrucie, usuwa przeciwtrutka, n. p. *hyoscinum hydrobromicum*. *P.*

Bokay (Peszt): **Przyczynek do nauki o uchyłkach cewki moczowej u chłopców.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde.* T. 52. Zeszyt 2). Uchyłek cewki moczowej jest to zagłębienie, komunikujące z cewką moczową, a zawierające mocz. Zależnie od tego, czy ściana wewnętrzna pokryta błoną śluzową lub tkanką komorkową, odróżniamy uchyłki prawdziwe i wrzekome. *A*) Prawdziwe uchyłki mogą być: 1) wrodzone lub 2) nabyte, a te ostatnie: α) spowodowane przez kamień moczowy: i β) przez zwężenie uorganizowane. *B*) Uchyłki wrzekome powstają przez: 1) zwężenie lub wewnętrzne zranienie cewki, kamień moczowy lub sztuczny zabieg i temi okolicznościami spowodowany ropień w sąsiedztwie cewki, który do ściany jej się przebija i tworzy uchyłek. 2) Niezależnie od cewki rozwija się, n. p. przez uraz zewnętrzny, ropień w bliżkości cewki i ten stanowi uchyłek. Uchyłki wrodzone u chłopców są bardzo rzadkie. Autor podaje opis trzech przypadków uchyłków prawdziwych z praktyki własnej, i przytacza 11 przypadków, opisanych w literaturze. Chorzy (11) byli w wieku od 1—59 lat, a z tych siedmioro dzieci. Według autora najważniejszem pytaniem jest rozstrzygnięcie, czy uchyłki w przypadkach opisanych były wrodzone, czy nabyte. I rozstrzyga je w ten sposób, że w jednym własnym i pięciu innych cierpienie było bezsprzecznie wrodzone; w dwóch dalszych własnych i trzech innych jest wątpliwem, czy była to wada wrodzona; dalsze przypadki, spostrzegane w późniejszym wieku, nasuwają pewne wątpliwości, aczkolwiek autorowie, opisujący te przypadki, uważają je stanowczo za wrodzone. *Jan Landau.*

W. P. Inwatscheff. **Leczenie rzeżączki przepłókiwaniami zapomocą cewnika nowego pomysłu.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis LII Band. 3 Heft*). Leczenie rzeżączki sposobem, podanym przez Janeta, wywołuje niejednokrotnie powikłania, pochodzące ztąd, że nieraz nie możemy przy leczeniu rzeżączki części przodowej, nawet przy największej wprawie technicznej, uniknąć dostania się płynu do pęcherza. W ten sposób rzeżączka, — która się ograniczała, w czasie gdy leczyć tym sposobem zaczęliśmy, do części przodowej, — zajmuje cześć tylną, lub nawet błonę śluzową pęcherza, a zapalenie przyjądrza i gruczołu krokowego przydarza się niezbyt rzadko. I dlatego lekarze, wychwalający początkowo świetne wyniki z leczenia tym sposobem, ochłódli później w zapale, a tyczy się to i samego autora tego sposobu leczenia; inni, jak Starke, twierdzą nawet, że nie daje on lepszych wyników od leczenia zwyczajnemi wstrzykiwaniami.

Inwatscheff, chcąc uniknąć wspomnianych powikłań, obmyślił przyrząd, podobny z kształtu do cewnika metalowego, długości 12 cm. z dzióbem, wynoszącym 2 cm., grubości N. 16—18 skali Charriera. Przyrząd ma w osi podłużnej kanał, z boku zaś znajdują się rynienki z licznymi otworkami: przy użyciu łączymy go z irygatorem, napełnionym płynem leczniczym. Przesuwając przyrząd powoli od tylu ku przodowi, działamy łokiem na dowolny odcinek cewki; płyn zużyty wydostaje się przez otworki w rynienkach na zewnątrz, obok cewnika: unikamy w ten sposób wtargnięcia płynu do pęcherza.

Nowego sposobu leczenia używał autor w 90 przypadkach rzeżączki świeżej i przewlekłej. Przepłókiwania robiono codziennie; — ilość użytego na raz płynu wynosiła litr. Większa liczba chorych była leczoną rozczynem nadmanganianu potasowego 1:4000 i azotanu srebrowego 1:6000; u reszty używał autor rozczynu fizyologicznego soli kuchennej i rozczynu sublimatu 1:1000. Okazało się, że rozczyn soli kuchennej nie szkodzi, ale i nie pomaga; rozczyn sublimatu w wysokim stopniu drażni cewkę i wywołuje powikłania, (niekorzystny wpływ rozczynów sublimatu na cewkę, nawet w rozcieńczeniu znacznie słabszem, niż używał autor, oddawna jest nam znany (*przyp. ref.*), natomiast rozczyny nadmanganianu potasowego i azotanu srebrowego, tak w rzeżączce świeżej, jak i przewlekłej działały bardzo dobrze; przy codziennem płókaniu w ciągu kilku tygodni sprawa chorobowa ustępowała. przyczem dodać trzeba, że powikłania ani razu nie było (z wyjątkiem u chorych, leczonych rozczynem sublimatu, co niekorzystnemu działaniu leku na cewkę, a nie sposobowi, w jaki został wprowadzony, przypisać należy).

Opisany przyrząd wyrabia Schapligin (St. Petersburg, Erbsenstrasse, 49), w cenie po 3 ruble. *Dr. Władysław Żydłowicz.*

Schleissner Felix. **Strupień woszczynowaty u noworodków.** (*Archiv für Dermat. u. Syphilis Band LIV, 1 Heft* 1900). Najczęściej strupień woszczynowaty nagabuje dzieci pomiędzy trzecim a szóstym rokiem życia; u noworodków występuje nadzwyczaj rzadko. Dotychczas opisano dwa takie przypadki (Desmet u 14 dniowego i Auger u 6 tygodniowego dziecka). Autor miał sposobność spostrzegać dwa przypadki tej choroby u niemowląt nowonarodzonych. Jeden dotyczył dziewięciodniowego dziecka, którego matka od wielu lat cierpiała na strupień woszczynowaty skóry głowy w okolicy potylicznej; tak u dziecka, jak i u matki stwierdzono rozpoznanie drobnowidowo i przez hodowlę sztuczną (*Achorion* Schönleini). Gdy tylko chorobę stwierdzono, natychmiast oddzielono matkę i dziecko od innych chorych; pomimo tego uległo tej chorobie niemowlę, przebywające przez jeden dzień dzieckiem chorem we wspólnem łóżeczku z powodu przepełnienia w zakładzie.

Jak z opisu tych dwóch przypadków wynika, przebieg strupienia u noworodków różni się od przebiegu u dzieci starszych i u dorosłych. U niemowląt nowonarodzonych choroba rozpoczęła się na skórze twarzy i czoła, na miejscowych ogniskach, które rozprzestrzeniały się nadzwyczaj szybko tak, że w kilkunastu dniach choroba zajęła skórę policzków, uszów, szyi, a wreszcie przeniosła się na tułów. Cierpienie to znamionuje się zmianami, które Pick nazywa »*favus maculosus*«, a które przedstawiają się jako płaskie, bladoróżowe, ściśle ograniczone ogniska, szerzące się szybko w obwodzie, w środku nieco bledsze, o brzegach zaczerwienionych, pokryte łuszczącym się naskórkiem (zmiany chorobowe, jak widzimy, zupełnie podobne do liszaja wyłysiającego; *przyp. refer.*) Zatem wejrzenie i przebieg różnią się bardzo od tej samej choroby, spostrzeganej u dzieci starszych i u dorosłych (*favus scutularis*).

Na opisanych przypadkach stwierdzić było można, że okres wylęgania w tej chorobie trwał 8 i 6 dni, co zgadza się z wynikami, otrzymanymi przez sztuczne szczepienie.

Dr. Władysław Żydłowicz.

Dr. H. Dettmer. **Uwagi bakteryologiczne, tyczące się odkażania rąk, ze szczególnem uwzględnieniem rękawic gumowych.** (*Arch. Langenbecka* T. 62. Z. II). Własne doświadczenia autora zgodnie z wynikami badań innych wykazały, że nie mamy metody, którąby napewno i zupełnie ręce wyjałowić się udało. Dlatego za słuszny i potrzebny uznaje autor wynalazek rękawic. Lecz od tych ostatnich żąda, aby były zupełnie nieprzepuszczalne dla bakteryj, aby się łatwo i pewnie dały wyjaławiać, a w razie przypadkowego zanieczyszczenia podczas operacyi, aby je łatwo napowrót uczynić można jałowemi. Warunkom tym odpowiadają rękawice gumowe Friedricha, gdyż z całą pewnością wyjałowić je można w prądzie pary, a w razie zanieczyszczenia podczas operacyi wystarcza wypłókanie ich w ciągu $^1/_2$—1 minuty w wodzie jałowej, aby się napowrót jałowemi stały. Przeszkadzają wprawdzie nieco podczas operacyi, — niedogodność tę jednak można usunąć tylko przez przyzwyczajenie się. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Sagabiel (Getynga). **Spostrzeżenia nad działaniem naftalanu w wypryskowych schorzeniach ucha zewnętrznego.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 48, 1900). Korzystne wyniki otrzymał autor, stosując maść naftalinową w 40 przypadkach powyższego cierpienia skórnego. Srodek ten jest tem bardziej polecenia godnym, ponieważ sposób jego użycia jest nader prosty: bez usunięcia strupów, lub jakichkolwiek pęcherzyków, przykłada się maść naftalanową raz dziennie na schorzałą okolicę ucha, a na to opatrunek zwykły. *Pisek.*

Stekel (Wiedeń). **W sprawie postępowania zapobiegawczego i leczniczego przeciw rzeżączce u mężczyzn.** (*Klinisch therap. Wochenschrift* Nr. 49, 1900). Na podstawie całego szeregu doświadczeń zaleca autor w celu leczenia rzeżączki rurki żelatynowe, wypełnione $^1/_2$% do 1% wazeliną protargolową. Dzióbek rurki wkłada się wprost do ujścia zewnętrznego cewki moczowej, wgniatając doń cośkolwiek z powyższej mieszaniny, poczem przytrzymuje się ujście cewki dwoma palcami i lekkim mięsieniem rozciera się maść aż po opuszkę. Takie samo postępowanie zaleca

się w celu zapobiegawczym: po każdem spółkowaniu podejrzanem wgniata się drobną ilość wazeliny protargolowej do cewki. Dotychczasowe wyniki były w jednym i drugim kierunku bardzo dobre i wielce zachęcające. *Pisek.*

Eupiryna. *(Wien. med. Blätter;* 1900). Nowy ten środek, wynaleziony przez Dra Overlacha przedstawia się w igiełkach barwy blado żółto-zielonawej, o lekkim zapachu wanilowym, zupełnie bez smaku. Eupiryna topi się przy 87—88°C., rozpuszcza się trudno w wodzie, bardzo łatwo atoli w wyskoku, eterze, chloroformie, a w połączeniu z niektórymi kwasami wytwarza sole. Przez doświadczenia porównawcze na zwierzętach stwierdzono, że eupiryna jest lekiem nie trującym. W przeszło 50 przypadkach chorobowych przekonano się o nieszkodliwości eupiryny, a dawkę 1·5 dla dorosłych uważa autor za wystarczającą do szybkiego obniżenia ciepłoty, przyczem jednak nie zauważono żadnych objawów działania ujemnego. Po użyciu 1·5 ciepłota opada o 2 stopnie. Do podawania tego środka nie potrzeba żadnych osłonek, gdyż chorzy chętnie przyjmują go wprost, lub z nieco wody, a z powodu przyjemnego zapachu i dzieci biorą go chętnie. Eupirynę możemy podawać śmiało nawet w przypadkach rozpaczliwych u silnie gorączkujących, bez obawy o zapad specyalnie poleca O. ten środek dla dzieci; — u starszych zaś w gorączkach wyniszczających, uwiądzie i t. d. *Dr. Adam Dobrowolski.*

O itrolu *(Annali di Ottalmol.* 1900). Po licznych doświadczeniach z itrolem w rzeżączkowem zapaleniu spojówek u dzieci i noworodków przychodzi Dr. Luciani do następujących pewników: Itrol jednoczy w sobie własności ściągające i odkaźne, wyższe od wszystkich dotychczas znanych środków, nie wyłączając nawet azotanu srebrowego. Ma on prócz tego tę zaletę, że nie rani gałki i spojówek, nie nadżera twardówki, a przytem nie sprawia takiego bólu, jak inne środki. Stosowanie itrolu jest bardzo łatwe i można podać go do rąk laików bez obawy o następstwa:— działanie jego, jeżeli nie przewyższa, to w każdym razie dorównywa działaniu innych środków, podobnie działających; jednak posługiwać się musimy zawsze rozczynem świeżym, który należy chronić przed wpływem światła i powietrza. *Dr. Adam Dobrowolski.*

VII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia. 1900 r.).

Sekcya chorób skórnych i wenerycznych

Zestawił *Dr. Fr. Krzyształowicz.*

(Ciąg dalszy).

Zakażenia wtórorzędne w przebiegu kiły.

Neisser (Wrocław). Wszystkie choroby zakaźne, które uszkadzają powłoki zewnętrzne, mogą stanowić bramę wejścia dla jadu kiłowego, podobnie jak i zewnętrzne uszkodzenia kiłowe względem innych zakażeń (wrzód miękki, zakażenie łańcuszk., róża, gruźlica i t. p.) Choroby zakaźne, szczególnie ostre, mogą mieć również wpływ na cały przebieg kiły, przyczem niektóre sprawy mogą nawet wywoływać miejscowe objawy swoiste (szczepienie, czyraki, wrzód miękki, wyprysk, łuszczyca i t. p.) Z chorób przewlekłych największe znaczenie w kile ma zakażenie gruźlicze, które działa niekorzystnie na cały przebieg, ale wedle zdania N. nie w sposób swoisty, lecz jedynie przez sprowadzanie ogólnego osłabienia i charłactwa. Częstszym jednak jest szkodliwy wpływ kiły na rozwój gruźlicy, sprowadzając jej złośliwy przebieg. Sądzi zatem N., że w takich przypadkach stosować należy bardzo energicznie rtęć, a w pewnych razach jod. W końcu zwraca uwagę na ten szczegół, że jedna sprawa chorobowa tak może maskować drugą, iż tylko jedną z nich się rozpoznaje, a przez to i leczenie nigdy nie jest w zupełności skuteczne.

Durkan Butkley (New-York). Liczne spostrzeżenia wykazują, że zakażenia, istniejące w ustroju, lub zdarzające się wśród przebiegu, wywierają w pewnym kierunku wpływ na rozwój kiły. Zakażenia te dzieli B. na: 1) zak. dwoiste równoczesne, czy to z przyczyny jakiejś choroby miejscowej, czy też ogólnej, występującej obok wybuchu kiły; 2) zak. dwoiste następowe, — gdy kiła poprzedza, albo się dołącza do pewnych chorób jak: łojotok, łuszczyca, liszaj żrący i t. p. A wynikiem tych zakażeń, tak jednych jak drugich, jest opóźnienie albo przyspieszenie, lub modyfikacya zwyczajnego przebiegu jednej z chorób, rozwijających się obok siebie: albo pasorzyty rozwijają się obok siebie, wspomagając się *(symbiosis)*, albo jedne przygotowują drogi dla drugich *(metabiosis)*, albo rozwój jednych przeciwdziała rozwojowi drugich *(antybiosis)*. Niektóre przypadki kiły złośliwej tłómaczyć należy dołączeniem się do zakażenia kiłowego jakichś drobnoustrojów, zakażających równocześnie ustrój.

Ducrey (Piza). Wszystkie zakażenia mogą się dołączać wśród przebiegu kiły; D. dzieli je na pewne gromady: 1) zakażenia miejscowe, przystępujące wśród przebiegu kiły (wrzód miękki, zakażenia ropne, grzyby skórne); 2) choroby miejscowe, które wyjątkowo mogą stać się ogólnemi (rzeżączka, gruźlica skóry); 3) zakażenia ogólne ostre lub przewlekłe. Pierwszy typ widzimy w wrzodzie twardym o zakażeniu mięszanem, w różnych postaciach ropnych wysypek (n. p. trądzik kiłowy), jak w ogóle w różnorodności, cechującej kiłę. Rzeżączka wywiera wedle D. niejaki wpływ na objawy gośćcowe przy kile i na częstość powstawania zmian w jądrach. Choroby zakaźne ostre zdają się mieć najczęściej wpływ dodatni na przebieg kiły (róża, dur). Zakażenie połogowe przebiega u kiłowych ciężej; gdy jednak zakończy się sprawa korzystnie, widać objawy pomyślnego działania na zakażenie kiłowe. Kiła u gruźliczych ma zazwyczaj ciężki przebieg; objawy mają swoiste wejrzenie i powstają na miejscach dla gruźlicy swoistych. Obok tego rozwijać się mogą tak często opisywane postacie mięszane kiły z gruźlicą. Zakażenie zimnicze działa może najniekorzystniej na przebieg kiły, a przyczyną zdaje się być ogólne osłabienie i tak częste charłactwo zimnicze.

Hallopeau (Paryż) uważa za zakażenia wtórorzędne w kile takie, które wywierają pewien wpływ na jej przebieg, a które wykazać można albo przez znalezienie drobnoustrojów pewnej choroby w zmianach kiłowych, lub jeżeli w tych ostatnich spostrzedz się dają cechy jakiejś choroby skórnej. Najważniejsze z tych chorób są: zakażenia drobnoustrojami ropnymi, wrzód miękki, gruźlica, rak; mniej częste, a możliwe: rzeżączka, zapalenia żołędzi, łojotok, wreszcie choroby ogólne, ostre lub przewlekłe. Nie możemy twierdzić, że wszystkie ropne osutki kiłowe są powiklane jakiemś innem zakażeniem, gdyż wedle H. sam jad kiłowy sprowadzać może ropienie, a drobnoustroje ropne mają wedle niego znaczenie tylko w postaciach na powierzchni otwartych, szczególnie, gdy obok tego działają jakieś czynniki mechaniczne. Nie zaprzecza jednak zarazem, że w pewnych przypadkach osiedlające się na osutkach kiłowych koki ropne mogą dać powód do powstania postaci ropnych, a w okresach późniejszych mogą powodować ciężkie zmiany głębsze.

Rona (Budapeszt) odmawia chorobom zakaźnym ostrym działania korzystnego na przebieg kiły, a przypisuje chorobom, które sprowadzają ogólne osłabienie ustroju, wpływ pogarszający jej przebieg; stwierdza jednak zarazem, że kiła u gruźliczych nie zmienia się w swym przebiegu.

Fournier A. (Paryż) odróżnia trzy typy objawów kiłowych powikłanych: kiłowo zimniczy, kiłowo-rakowy i kiłowo-gruźliczy. Każdy z nich ma pewne swoiste cechy i właściwości.

Julien (Paryż) kładzie nacisk na ujemny wpływ zakażenia zimniczego na kiłę; obok tego stwierdza również uporczywość zmian u kiłowych, u których istnieje równocześnie świerzb.

Spillmann (Nancy) przytacza przypadek, w którym płonica usunęła w zupełności objawy kiły.

Etienne (Nancy) opisuje 5 przypadków, w których kiła wpłynęła ujemnie na przebieg gorączki durowej.

Brousse (Montpellier) stwierdza, że kiła u dotkniętych gruźlicą płuc ma zawsze przebieg złośliwy.

Du Castel (Paryż) widział wybuch kiły ustrojowej po grypie objawy były ciężkie i uporczywe.

Przyczyny zakażenia ogólnego rzeżączką.

Lesser (Berlin). Istnienie rzeżączkowych z żakażeń ogólnych wykazano przez znalezienie swoistych dwoinek w różnych narządach a nawet we krwi (Almann). Przedewszystkiem objawia się to zakażenie podwyższoną ciepłotą przepuszczającą (intermittens) dlatego, że drobnoustroje te nie znoszą wyższej ciepłoty, przy której wzrost ich się osłabia, a rozwijają się wtedy, gdy ciepłota opada. Sądzi zarazem, że przypuszczać tu można cztery sprawy: 1) uogólnienie dwoinek; 2) zakażenie mięszane; 3) zakażenie następowe bez udziału dwoinek; 4) zatrucie toksynami, wydzielanemi przez dwoinki. Z obrazu klinicznego jednak nie podobna określić, z jaką sprawą ma się do czynienia w pewnym przypadku.

Tommasoli (Palermo) dzieli ogólne zakażenia rzeżączkowe na trzy gromady: 1) zakażenia rzeżączkowe czyste; 2) zakaż. mięszane (gronkowce, paciorkowce i t. p.); 3) zakaż. nie rzeżączkowej Obecnie przyjmuje się także, że toksyny drobnoustrojów wywołay mogą objawy ogólne, zwłaszcza, że w naciekach nie znajdowano często dwoinek N., a toksyny sztucznie z nich otrzymane wywołe wały objawy, podobne do zmian, spostrzeganych w zakażeniu drobnoustrojami żywymi. Z doświadczenia wiemy, że objawy ogólne występują często skutkiem błędów higienicznych, popełnionych wśród

przebiegu rzeżączki; — z drugiej strony zaś u osobników słabych, dotkniętych jakiemś cierpieniem ogólnem, wreszcie u osobników charłaczych. Przyczyny zatem szukać należy w biologii i chemii biologicznej tych drobnoustrojów; — znajdujemy zaś z jednej strony, że dwoinki N. lubią podłoże lekko kwaśne i że moczem ludzkiej przygotować można dobrą dla ich hodowli pożywkę, — a z drugiej strony, że u osobników z gośćcem stawowym, skazą moczanową i u charłaków zasadowość krwi jest mniejszą. Przyszłość dopiero udowodni, czy czynniki te stoją w jakim związku do siebie.

Ward (Londyn). Dotychczas nie rozwiązano tej niejasnej sprawy, czy same dwoinki lub ich toksyny uważać należy za przyczynę zakażenia ogólnego, czy też jedne z nich otwierają tylko bramy wejścia dla innych drobnoustrojów? Dwoinki N. sprowadzają zazwyczaj zakażenie powierzchowne lub blisko powierzchni leżące; mogą one jednak dostawać się w drogi, łączące powierzchnię z głębszymi narządami lub wprost w te ostatnie — i wywołać zakażenie ogólne całego ustroju. Na to wkraczanie w głąb wpływają korzystnie czynności lecznicze, obrażające powierzchowne warstwy lub osłabiające błonę śluzową, przez co otwierają bramy dla przesuwania się zakażenia w głębsze warstwy.

Balzer (Paryż). Dwoinki N. zdają się wchodzić do ustroju przez naczynia krwionośne, dlatego znajdowano je we krwi. Toksyn ich nie znajdujemy w pożywkach, na których rosną, a w samych ich ciałach. Przesączyna hodowli jest nieszkodliwą, podczas gdy wstrzyknięcie drobnoustrojów martwych sprowadza szkodliwe następstwa. Działania toksyn w tym razie trudno oznaczyć. Jedną z najważniejszych przyczyn zakażenia ogólnego zdaje się być wybitna złośliwość jadu, wywołana znacznem rozszerzeniem na sąsiednie błony śluzowe lub przez sprawy fizyologiczne (czyszczenia miesięczne, ciąża i t. p.) Gościec rzeżączkowy rozwija się tylko wtedy, gdy i część tylna cewki mocz. jest zajęta sprawą chorobową. Zmiany w sercu, opłucnej, okostnej i żyłach powstają u osobników, usposobionych do tego przez dawniej przebyte zmiany i polegają na działaniu samych dwoinek.

Jacquet (Paryż) twierdzi, że przypady nerkowe, skórne lub nerwowe przy rzeżączce polegają na działaniu toksyn, gościec zaś bywa wywołanym przez same drobnoustroje, które nierzadko w stawach znajdował. Opisuje jednak gościec pięty, przypisywany tak często rzeżączce, a spotykany u ludzi dużo chodzących lub stojących. Sprawa ta powoduje zazwyczaj powstawanie zgrubienia włóknistego lub kostnego na kości piętowej, a wedle J. nie polega na tle jakiegoś zakażenia, lecz skutkiem działania mechanicznego, długotrwałego urazu. Na dowód swego twierdzenia przytacza, iż spostrzegał takie zniekształtnienia kości piętowej u wszystkich starożytnych posągów męzkich.

Finger (Wiedeń) stara się wytłómaczyć powstanie zakażenia ogólnego przy rzeżączce spostrzeganym przez siebie szczegółem anatomicznym. U jednych osobników bowiem naczynia włosowate leżą w błonie śluz. cewki wprost pod nabłonkiem, u innych oddzielone są pasmem tkanki łącznej; — u pierwszych zatem łatwiej przyjść może do przedostania się drobnoustrojów do obiegu krwi, a tem samem łatwiej powstać może zakażenie ogólne. (Dok. nast.)

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kilka uwag o „Stowarzyszeniu samopomocy lekarzy“.

Troska lekarzy o byt własny i ich najbliższych, która była bodźcem działania Komisyi, krzątającej się około zawiązania „Towarzystwa samopomocy lekarzy“, jest zbyt żywą i aktualną, aby mogła wzbudzać jakiekolwiek wątpliwości. Samopomoc wśród lekarzy jest potrzebną i niezbędną. Istotą pojęcia samopomocy jest dążność do skupienia wszystkich sił, do ześrodkowania całej energii w samym sobie. Wszelki więc rozdział sił i rozbicie łączności sprzeciwia się pojęciu samopomocy i samoobrony, zwłaszcza jeżeli mamy przed sobą jednego tylko nieprzyjaciela.

Czytając statut nowozawiązującego się „Stowarzyszenia samopomocy lekarzy“, znajdujemy w § 3, że celem jego jest: 1) popieranie materyalne członków przez udzielanie zapomóg i 2) moralne — przez popieranie zasad etyki lekarskiej i koleżeństwa przez załatwianie sporów, powstałych miedzy kolegami praktykującymi. Środkami do osiągnięcia tych celów mają być: wkładki i wpisowe członków, dary i zapisy, oraz wszystkie inne dochody.

Czytając to, mimowoli przychodzi na myśl, że my przecież mamy już Towarzystwa i Instytucye o tych samych celach.

W roku 1867 założonem zostało Towarzystwo lekarzy galicyjskich, w którego statucie w § 1 czytamy, że celem Towarzystwa jest „czuwanie nad interesami i godnością stanu lekarskiego, niesienie pomocy materyalnej podupadłym członkom Towarzystwa i pozostałym po nich wdowom i sierotom“.

Czyżby więc to Towarzystwo przestało istnieć? Wcale nie. — Ze sprawozdania tego Towarzystwa za rok 1899 dowiadujemy się, że liczy ono 404 członków zwyczajnych*), że posiada majątek w walorach w kwocie 95,037 złr., oraz majątek ziemski wartości 63,312 złr.: że w roku 1899 udzieliło zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach w kwocie 2,104 złr., a pensyi rocznych w kwocie 2590 złr. i że wreszcie majątek tego Towarzystwa wzrósł w r. 1899 o kwotę 3,495 złr.

Wszystkie te daty wskazują na to, że Towarzystwo nie upada, lecz się rozwija, choć stosunkowo wolno. A że wolno, to winni jesteśmy sami, bo zamało jeszcze rozwinęło się w nas poczucie solidarności i zaufania w własne siły zbiorowe. Wszak na przeszło 1100 lekarzy w Galicyi wraz z Krakowem liczba 404 członków jest nieco za szczupła, aby Towarzystwo silniej się rozwinąć i wydatniej pracować mogło.

Lecz wróćmy do nowozawiązującego się Stowarzyszenia samopomocy lekarzy. Któż ma doń należeć? Aby wszyscy lekarze doń przystąpić mieli, wątpić należy; w pierwszym rzędzie więc powinniby więc przystąpić ci, którzy już oddawna silniej odczuwają potrzebę zespolenia się i skoncentrowania, a więc członkowie już istniejącego Towarzystwa lekarzy galic., oraz ci, którzy, szukając nowych wrażeń, łatwo się zapalają, lecz i prędko sploną w swym zapale. W pozyskaniu pierwszych zrobi Stowarzyszenie samopomocy pierwszy krok do rozłamu sił i do burzenia tego, co już istnieje, bez rękojmi odtworzenia: pozyskanie zaś drugich nie zabezpieczy bytu nowemu Towarzystwu. Trudno wymagać od lekarza, choćby średnio zamożnego, aby należał do dwóch Towarzystw, mających tesame cele i zadania; nastąpi więc rozłam i obydwa Towarzystwa, to jest lekarzy galicyjskich i samopomocy, staną ze sobą do walki. I to ma być „skupieniem się w zbiorową organizacyę zawodową“? Już dziś uwydatniła się ta walka, gdy w statucie nowego Stowarzyszenia powiedziano w § 20, że w razie rozwiązania majątek Stowarzyszenia przechodzi do funduszu dla wsparcia wdów i sierót po lekarzach tych Izb lekarskich, do których członkowie należeli. O Towarzystwie lekarzy galic. ani wzmianki; traktuje się je tak, jak gdyby wcale nie istniało. Jeżeli w działalności jego było coś, co się nie wszystkim podobało, to przecież można było zabrać głos i domagać się poprawy, wytykać błędy, stawiać wnioski i życzenia, domagać się wyjaśnień. Wszak mamy organ Towarzystwa, a sprawozdania roczne były jawne i każdemu dostępne.

Nie chcę zapuszczać się w krytykę statutu, zbyt pobieżnie, na Stowarzyszenie o celach finansowych, ułożonego; pozwolę sobie jednak jeszcze na kilka uwag.

§ 3 lit. *b)* statutu powiada, że celem Stowarzyszenia jest pośredniczenie w zyskiwaniu posad. Z tem zgodzićby się można, chociaż zdaje mi się, że to zupełnie zbyteczne, bo ogłaszanie konkursów na wakujące posady jest wystarczające.

Pomijając już to, że taksamo Towarzystwo lekarzy galic., jak i Stowarzyszenie samopomocy, ma na celu popieranie zasad etyki lekarskiej, to załatwianie sporów między kolegami „praktykującymi“, które sobie Stowarzyszenie za zadanie postawiło, wkracza znowu w obowiązki instytucyi już istniejącej, a mianowicie Izb lekarskich, zagwarantowane im § 12 ustawy o ich organizacyi. Czy strony sporne będą wolały odnosić się o rozstrzygnięcie sporu do sądu polubownego Stowarzyszenia zamiast do Izby lekarskiej, jako organu publicznego i przez ogół lekarzy wybieranego, nie wiem. W każdym razie nie przyczyni się to do pomnożenia powagi Izb lekarskich, o co sami usilnie powinniśmy się starać, jeżeli te Izby mają dokonać tego, czego od nich wymagamy.

Jednem słowem, w całym statucie Stowarzyszenia nie można się dopatrzeć ani jednej myśli oryginalnej, nic, coby pociągało. Może niektóre uwagi moje są za cierpkie, lecz zapewnić mogę, że nie żadna niechęć, lecz podyktowała mi je głęboko odczuta potrzeba i chęć zespolenia wszystkich sił lekarzy ku samoobronie w jednem ognisku, w jednem Towarzystwie, a że chodzi tu o zespolenie sił materyalnych, więc w Towarzystwie materyalnie najzasobniejszem i wzorowo administrowanem, jakiem jest właśnie Towarzystwo lekarzy galic.

Inicyatorom nowego Stowarzyszenia samopomocy należą się słowa uznania za myśl i pracę, zdążającą do przyjścia z pomocą innym kolegom, tem więcej, że sami jej nie potrzebują. — ale droga, którą obrali, nie była szczęśliwą. *Dr. Momidłowski*

*) Nie wliczono tu członków Tow. lek. krakowskiego.

Odpowiedź kol. Momidłowskiemu na „Kilka uwag o Stowarzyszeniu samopomocy lekarzy“.

Bez wątpienia jak najlepsze chęci natchnęły kolegę Momidłowskiego do napisania swoich „Uwag“, lecz tak założenie jak i wnioski jego są zupełnie mylne. Czyż kolega M. sądzi, że Komisya organizacyjna, pracująca już rok przeszło nad doprowadzeniem do skutku Towarzystwa samopomocy, nie brała pod szczegółową uwagę wszystkich tych kwestyj, które on teraz dopiero podnosi? Czy nie czytał ani jednej korespondencyi do *Przeglądu lekarskiego*, w których wyjaśnialiśmy stosunek Towarzystwa samopomocy do Towarzystwa lekarskiego i Izb lekarskich? Czy kolega M. nie pamięta, że dawniej jeszcze, bo od kilku lat, pojawiały się w *Przeglądzie lekarskim* różne projekta, zmierzające do zorganizowania się na wzór innych zawodów? Czy nie wie, że w Wiedniu, gdzie też istnieje Towarzystwo lekarskie i Izba lekarska, utworzono jeszcze w roku zeszłym organizacyę lekarzy, rozwijającą się coraz pomyślniej i dziś już znaczne lekarzom praktycznym oddającą usługi?

Twierdzeniu kolegi M., jakoby Towarzystwo samopomocy wobec Towarzystwa lekarzy galicyjskich i Izb lekarskich było niepotrzebnem, wystarczyłoby przeciwstawić cały szereg listów, przychodzących niemal codziennie do Komisyi organizacyjnej, w których koledzy z najdalszych nawet stron kraju wyrażają swe zadowolenie, że wreszcie coś dla stanu lekarskiego robić się zaczęło, oraz życzenie, aby na obranej raz drodze, mimo wszelkich przeszkód i trudności, nie ustawać. Niestety uczynić tego nie możemy, bo wątpimy, czyby *Przegląd lekarski* zechciał udzielić nam tyle miejsca w swoich łamach, abyśmy listy te *in extenso* umieścić tam mogli.

Lecz kolega M. podnosi inne jeszcze zarzuty, streszczające się w tem: Towarzystwo samopomocy jest szkodliwem dla solidarności, chce podkopać Towarzystwo lekarzy galicyjskich i powagę Izb lekarskich, a w zamian za to daje statut „zbyt pobieżnie ułożony“, w którym „nie można się dopatrzeć nic, coby pociągało“. Na zarzuty te chcemy odpowiedzieć szczegółowiej i to nietylko koledze M., ale równocześnie wszystkim tym, co przeczytawszy „Uwagi“, a nie zrozumiawszy ducha i celów naszego Towarzystwa, mogliby dopatrzeć się w nich pozornej słuszności.

Dla zwięzłości zaś odpowiadamy szeregiem następujących punktów:

1. W Galicyi jest 1349 lekarzy, z których 404 należy do Towarzystwa lekarzy galicyjskich, — pozostaje zatem 945, niemających prawa korzystania z funduszów tegoż Towarzystwa. Czyż dla takiej większości nie warto już nic robić?

2. Pod względem finansowym Towarzystwo nasze nie ma zamiaru konkurować z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, bo w pierwszym rzędzie obiecuje członkom swym zasiłek w razie choroby, czego Tow. lekarzy galicyjskich nie daje.

3. Zawiązując Towarzystwo samopomocy, nie robimy finansowo nic innego, jak to, co chce teraz zrobić, być może za naszym przykładem, Izba wschodnio-galicyjska. Czy Izba ta, stwarzając tuż pod bokiem Tow. lekarzy galicyjskich kasę zapomóg, także pragnie Towarzystwo to podkopać?

4. Członkowie Komisyi organizacyjnej należą wszyscy do Towarzystwa lekarskiego, a tem samem do Tow. lekarzy galicyjskich, z którego przecież wystąpić nie myślą, rozumiejąc, że każde z nich ma odrębne zadanie.

5. Poza stroną finansową ma Towarzystwo samopomocy drugi i to ważniejszy jeszcze cel, jakim jest strona organizacyjna. Doświadczenie i obserwacya ruchu społecznego poucza, że w dzisiejszych czasach stan lekarski jedynie drogą organizacyi zawodowej może sobie wywalczyć lepsze warunki bytu i obronić się przed wyzyskiem, który w imię źle pojmowanego humanitaryzmu stał się ogólną naszą klęską.

6. Takiej organizacyi ani Tow. lekarskie, jako ściśle naukowe, ani Izba lekarska, jako instytucya rządowa, w czyn wprowadzić nie mogą. Natomiast to właśnie ma na celu § 3 lit. *c* naszego statutu, który opiewa: „wykonywanie wszelkich uchwał Walnego Zgromadzenia w tym kierunku (to jest popieranie interesów zawodowych) zmierzających“.

7. Statut naszego Towarzystwa jest ogólnikowy i pozornie pobieżny — umyślnie, bo tylko w ramy takiego statutu ująć można jak najwięcej postulatów, nawet tych, które kiedyś w przyszłości z pośród ogółu lekarzy wyłonić się mogą. I znów do tego służyć ma przytoczony wyżej, umyślnie w tym celu bardzo ogólnikowo stylizowany, § 3 lit. *c* statutu.

8. Statut każdego Towarzystwa jest zarysem ogólnym działalności i powinien właśnie być jak najrozciągliwszym, aby przy lada szczególe nie trzeba go było zmieniać i ponownie do zatwierdzenia posyłać. Szczegóły zaś obejmuje regulamin.

9. Regulaminu dla naszego Towarzystwa nie przygotowaliśmy teraz; ułożyć powinien go Wydział, wybrany z pośród członków Towarzystwa, aby regulamin ten był wyrazem woli i życzeń ogółu członków. W nim dopiero będzie obrobioną jak najszczegółowiej tak strona finansowa, jak i organizacyjna Towarzystwa.

10. Komisya organizacyjna nie jest tak zarozumiałą, aby sądziła, że statut przez nią opracowany jest pod każdym względem idealnym i dlatego to ułatwiła ogromnie jego zmianę przyszłym członkom, umieszczając w § 28 ustęp: „do zmiany statutu wymaganą jest bezwzględna większość głosów obecnych na Walnem Zgromadzeniu członków“.

11. W każdem Towarzystwie istnieje sąd honorowy do załatwiania sporów między członkami, — więc i nasz sąd honorowy nie wkracza w przywileje Izb lekarskich.

12. Podnosiliśmy już kilkakrotnie w *Przeglądzie lekarskim*, że tak pod względem materyalnym, jak i moralnym, Towarzystwo nasze ma, na wzór Organizacyi lekarzy wiedeńskich, przygotowywać odpowiednie wnioski, mające na celu już nie interesa samych członków, lecz ogółu lekarzy w kraju. Wnioski te przedkładać będzie Towarzystwo, jako korporacya zawodowa, Izbom lekarskim do rozpatrzenia, rozstrzygnięcia i ewentualnego wprowadzenia w wykonanie.

Z tego wszystkiego wynika jasno, że dla Towarzystwa samopomocy otwiera się w ramach ułożonego przez nas statutu rozległe pole pożytecznej dla stanu lekarskiego działalności bez wchodzenia w jakąkolwiek kolizyę z Tow. lekarzy galicyjskich lub z Izbami. Moglibyśmy wprawdzie jeszcze drugie tyle punktów przytoczyć na zbicie zarzutów, uczynionych przez kolegę M., lecz nie chcemy nadużywać gościnności *Przeglądu lekarskiego,* sądząc, że już to powinno wystarczyć i uwolnić nas od dalszych „Uwag“ ze strony tych kolegów, którzy celu naszego Towarzystwa dotychczas zrozumieć nie mogli.

Kraków, w styczniu 1901.

Komisya organizacyjna Tow. samopomocy lekarzy.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 24 stycznia 1901.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych i przyjęciu na członków czynnych Towarzystwa Drów: St. Gólskiego i J. Zeitnera, kol. prof. Browicz miał odczyt na temat: „Czy kanaliki żółciowe międzykomórkowe mają własne ścianki,“ poparty demonstracyami. W dyskusyi zabierali głos prof. Hoyer, Doc. Siedlecki i prelegent.

Zapowiedziany odczyt kol. Żydłowicza z powodu spóźnionej pory odłożono do następującego posiedzenia.

* Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej za naszem pośrednictwem uprasza Szan. Kolegów, a swoich członków, o jak najrychlejsze nadesłanie wkładek rocznych, zaległych za lata ubiegłe, gdyż w przeciwnym razie musiałoby nastąpić ściągnięcie tej należytości drogą egzekucyi.

* Kilku lekarzy rządowych zgłosiło się do krakowskiego »c. k. Zakładu badania środków spożywczych,« w celu nabrania wprawy w szybkiem rozpoznawaniu wszelkich zafałszowań. To, co tylko niektórzy uczynili z poczucia obowiązku, winno się stać ogólnem dla wszystkich lekarzy, których stanowisko wymaga czasem orzeczenia w sprawie dobroci i czystości produktów spożywczych. Inicyatywa powinna wyjść od władzy.

* Rada m. Krakowa nadała posadę chemika miejskiego Doc. Dr. Ign. Lembergerowi.

* Dr. Stanisław Poźniak mian. został lekarzem kolejowym dla linii Kraków-Podłęże-Niepołomice.

* Prezesem Towarz. lekarsk. lwowskiego wybrany został prof. Adolf Beck, wiceprezesem Dr. A. Sołowij.

Lwów, 22 stycznia. W styczniu upłynęło 30 lat, jak kierownictwo oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu powszechnym objął obecny prymaryusz Dr. Józef Rożański. Z okoliczności tej skorzystali Jego byli uczniowie i sekundaryusze, aby Mu zgotować owacyę, na którą przez szereg lat 30 w zupełności zasłużył swą uczciwą, nieskazitelną i czystą pracą. Niezwykle zdolny i sumienny lekarz,

prawy człowiek, serdeczny i dobry kolega, mimo że nie szukał nigdy rozgłosu, owszem zawsze go unikał, potrafił sobie pozyskać wdzięczność i przywiązanie tych wszystkich, którzy pod jego kierownictwem pracowali. Dowodem tego, że na wiadomość o mającej się odbyć uroczystości, stawili się w dniu 17 stycznia na oddziale swego prymaryusza wszyscy zblizka i zdaleka, ci co już przed 30-tu laty pełnili obowiązki sekundaryuszów i dziś, osiwiali, zajmują wybitne stanowiska w świecie lekarskim, jak i najmłodsi w szeregu sekundaryuszów. Oprócz byłych i obecnych uczniów przybyli na uroczystość wszyscy prymaryusze innych oddziałów z Dyrektorem szpitala na czele, jako też i prof. Łukasiewicz, ceniący wysoko, mimo krótkiego pobytu we Lwowie, zasługi Dra Rożańskiego. Imieniem zebranych sekundaryuszów przemówił Dr. Tatarczuch, wręczając Jubilatowi *tableau*, na którem ułożono fotografie wszystkich jego sekundaryuszów od r. 1871. Prócz tego ofiarowano portret Jubilata, który zawieszono w sali operacyjnej. Następnie imieniem Dyrekcyi szpitala złożył życzenia prof. Dr. Czyżewicz. Wzruszony Prymaryusz dziękował serdecznie za niespodziewaną, a tak miłą sercu Jego owacyę, o której do ostatka nie wiedział. Wieczorem odbyła się na cześć Jubilata uczta, pełna najserdeczniejszego nastroju, podczas której wygłoszone mowy świadczyły, jak głęboką jest cześć i uznanie dla pracy i charakteru tego niepospolitego lekarza. *P.*

* Obowiązki lekarza naczelnego w warszawskim szpitalu Dzieciątka Jezus pełni obecnie Dr. Konstanty Karwowski. Dotychczasowy lekarz naczelny. Dr. Józef Wszebor, prosił o zwolnienie go z tego stanowiska.

* Redakcya »Czasopisma Lekarskiego« w Nr. 1 b. r. oświadcza, że zmienia dotychczasową pisownię, poddając się uchwale „Sekcyi prasy lekarskiej“ IX Zjazdu lek. i przyr. polsk. Uchwała ta brzmiała: „Sekcya prasy lekarskiej postanawia, aby wszystkie pisma lekarskie polskie trzymały się pisowni, zalecanej przez Akademię Umiejętności.“

* Towarzystwo lekarskie łódzkie odbyło wybory na rok 1901. Wybrani zostali: Dr. K. Joncher na prezesa, Dr. L. Sikorski na wiceprezesa; wogóle wybrano zarząd przeszłoroczny.

* Towarzystwo lekarskie wileńskie, wybrało na prezesa Dra Erbsteina, na wiceprezesa Dr. Wojnicza, na sekretarza Dr. Świąteckiego.

* Rząd saski zarządził, ażeby lekarze donosili władzy o każdym przypadku gruźlicy, najpóźniej w trzy dni po niewątpliwem rozpoznaniu.

* XXII Kongres balneologów odbędzie się w Berlinie od 7—12 marca r. b.

* W Paryżu powstała nowa katedra dla medycyny kolonialnej.

* Kongres dla medycyny wewnętrznej odbędzie się w Berlinie od 16 do 19 kwietnia r. b. pod przewodnictwem prof. Senatora.

* Na wniosek Doc. Weyla wybraną została w Berlinie Komisya lekarska, której poruczono zredagowanie i wysłanie podania wzywającego rząd ażeby zaprowadził palenie zwłok osób zmarłych na mór i inne choroby zakaźne.

* W Berlinie nakładem Hirschwalda wyszedł 1-szy tom dzieła Ewalda i Posnera p. t. „Niemiecka medycyna w XIX stuleciu.“

* Nowy konkurs paryzkiej Akademii lekarskiej ogłoszony zostanie w końcu m. lutego. Prace, przeznaczone do współubiegania się, mają być spisane po francuzku lub po łacinie. Wśród wielu innych nagroda Audiffreda wynosi 24.000 fr. rocznej renty dla badacza, który wynajdzie lek niezawodny, albo zapobiegawczy, przeciw gruźlicy.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem fizyologii w Marburgu w miejsce Kossela, który przeniósł się do Heidelberga, mianow. został Fr. Schenk. Dyrektorem dentystycznego Instytutu w Heidelbergu mianowany został prof. Witzel.

Nekrologia Zmarli: Dr. Stanisław Niepokojczycki, lat 66, zmarł w m. Nerechcie gub. kostromskiej. Dr. Izydor Matuszkiewicz zmarł w Tulczynie. Dr. Ingals b. prof. farmakologii zmarł w Chicago.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Kronice Lekarskiej* Nr 1.: Medycyna na przełomie XVIII i XIX w. 1) Anatomia przez Dr. J Zawadzkiego. 2) Fizyologia p. Dr. J. Zawadzkiego 3) Farmakologia, hydroterapia i balneologia p. Dr. H. Kucharzewskiego. 4) Rzut oka wstecz na metody badania klinicznego p. Dr. O. Hewelke. 5) Medycyna wewnętrzna przez Dra J. Winiarskiego. 6) O stanie pedyatryi p. Dr. B. Polikiera. 7) Jak stała sprawa szczepienia ospy p. Dr. K. Sierpińskiego. 8) Neurologia p. Dr. L. Bregmana. 9) Psychiatrya p. Dr. K. Wisłockiego. 10) Rzut oka na stan chirurgii p. Dr. K: Niedzielskiego. 11) Postęp i rozwój położnictwa operacyjnego p. Dr. J. Jaworskiego. 12) Słów kilka z dziedziny okulistyki przez Dr. S. Cetnarowicza. 13) Krótki pogląd na rozwój dermatologii i syfilidologii p. Dr. J. Wojciechowskiego. 14) Medycyna sądowa p. Dr. J. Zawadzkiego. 15) Literatura peryodyczna lekarska. p. Dr. J. Polaka. W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 1.: Dr. Karczewskiego A.: Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego o niezwykle ciężkim przebiegu. Dr. Wrzoska A.: O leczeniu błonicy płonicowej podług Heubnera. Dr. S.: Przytułki dla rekonwalescentów. W *Medycynie* Nr. 3: Oderfelda H. i Steinhausa I.: Przyczynek do kazuistyki przerzutów normalnej tkanki gruczołu tarczowego. Tumpowskiego A.: O porażeniach kończyny górnej po zwichnięciu główki kości ramieniowej. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 3.: Dr. Heimana T.: Wskazania do leczenia operacyjnego przewlekłych spraw ropnych w uchu środkowem. Skłodowskiego: Przypadek porażenia Brown-Sequarda (dok.). Zaborowskiego S.: Zgorzel tkanek macicy w połogu. Dr. Pawińskiego J. Zaburzenia inerwacyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaźnych (dok.). W *Zdrowiu* Nr. 1.: Dra Rzętkowskiego K.: W sprawie walki z gruźlicą u nas. Dr. Łazarowicza K.: Walka z chorobami zakaźnemi. Dr. Leszczyński L: O potrzebie zakładów leczniczych dla chorych zakaźnych. Dr. Chełchowskiego K.: O potrzebie u nas domów przedpogrzebowych.

Zapiski bibliograficzne.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3: Dr. Schiff A.: Stosunek zachodzący między nosem a płciowym narządem kobiecym. Dr. Engländer B.: Przypadek jednostronnego rozlanego przerostu gruczołu sutkowego u kobiety. Dr. Monti.: Wartość lecznicza fosforu, stosowanego w krzywicy.

— *La Presse médicale* Nr. 5: Kiła i gruźlica: szczególny wpływ kiły na niektóre postacie gruźlicy. Nr. 6: Dr. Huet i Dr. Guillani: Zaburzenia czucia w Syringomyelii.

— *Deutsche Medic. Wochenschrift* Nr. 3: Prof. A. Lippel: Uwagi nad gruźlicą kobiecego narządu płciowego, oraz otrzewnej. Dr. G. Baumgart: O laparotomii pochwowej i brzusznej w gruźlicy otrzewnowej (dok.) Doc. H. Neumann: Przypadek wyleczonego wodogłowia. Prof. E. Riegler: Nowa czuła próba na cukier. Dr. Lipman-Wulf: Przyczynek do wiedzy o czynności nerek.

— *Münchener Medic. Wochenschrift* Nr. 3: Bonhaff: Przypadek zapalenia błon mózgowo-rdzeniowych i »diplococcus intracellularis«. Kuhn: Drożność przewodów przy operacyi kamieni żółciowych. Jordan: Podskórne pęknięcie śledziony i jego leczenie. Grossner: Zużytkowanie kikutów do chodzenia po odbytem powtórnem odjęciu obu podudzi bez osteoplastyki. Schlesinger: Błonica spojówki. Trumpp: Wzmaganie się rozwoju błonicy pomimo wczesnego wstrzyknięcia surowicy przeciwbłoniczej. Paul: Zastosowanie piasku do szybkiego przesączania pożywek agarowych. Bade: Leczenie wiądu rdzenia pacierzowego sznurówkami. Wiesner: Instrumentaryum dla Röntgenografii systemu Dessauera.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 3: Prof. Maixner: Některé poznámky ku pathogenesi a symptomatologii výduti serdečnice (c. d.) Dr. Sitta: Přispěvek ke klinickému studium »ostheoarthropathie pypertofiante pneumique.

— *Berliner klin. Wochenschrift*: König: Choroby stawu biodrowego. Weygandt: Pomięszanie zmysłów z pognębieniem szałowem. Roeder: Dwa przypadki pęknięcia przewodu tętniczego Botalla. Riedel: O kamieniach żółciowych (dok.)

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.